



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL**



DIRECCION DE REGULACIÓN

**GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD
AL ADULTO MASCULINO**

Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino

EL SALVADOR C.A. OCTUBRE DE 2005.



Impresión auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), proyecto: "Apoyo a la participación del hombre en el mejoramiento de la salud Sexual y Reproductiva" SLV5R304.

ISBN 99923-841-3-1

Impresión de 2,000 Guías de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Proyecto: “ Apoyo a la Participación del Hombre en el Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva” SLV5R304

IMPRESIÓN
EDITORIAL E IMPRESORA PANAMERICANA
San Salvador, El Salvador C.A.
Octubre 2005.



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL**



DIRECCION DE REGULACIÓN

**GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD
AL ADULTO MASCULINO**

Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino



EL SALVADOR C.A. SEPTIEMBRE DE 2005.

613.907
E49g El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
slv Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto
masculino / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS),
Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). -- 2a. ed. -- San
Salvador. El Salv. : Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA),
2005.
107 p. ; 28 cm.

ISBN 99923-841-3-1

1. Educación sexual-Enseñanza--Guía. 2. Educación para la vida
familiar. 3. Educación sexual para jóvenes. I. Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social (MSPAS), coaut. II. Fondo de Población
de Naciones Unidas (UNFPA), coaut. III. Título.

BINA/jmh

© COPY RIGHT: MSPAS y UNFPA

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Consultor Facilitador:

Dr. Ricardo González.

**REVISION, ASISTENCIA TECNICA Y
APROBACION MSPAS**

**EQUIPO TECNICO DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MASCULINO**

- Dr. Raúl Armando Palomo Escobar
Gerente de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino
- Licda. María Mercedes Valencia de Padilla
Colaboradora Técnica. Educadora
- Licda. Carmen Elena Moreno
Colaboradora Técnica Enfermería

**ASISTENCIA TECNICA FONDO DE
POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS
(UNFPA)**

- Dr. Mario Antonio Morales Velado
Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

**VALIDACION DE DOCUMENTO GUIA DE
ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DEL ADULTO MASCULINO**

PERSONAL TECNICO INSTITUCIONAL

- Dra. Alma Yanira Quezada
- Licda. Dilma Margarita Chacón
Programa Nacional ITS-VIH-SIDA
- Licda. Emma Lilian Membreño de Cruz
Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez
- Dra. Patricia de Muñoz
Gerencia del Adolescente
- Licda. Mercedes Roxana Recinos
ETZ. Oriental

- Licda. Marta Alicia Rugamas
ETZ Central
- Licda. Fátima Orellana de Hernández
SIBASI San Vicente
- Lic. David Cabeza
SIBASI Ahuachapan
- Dr. Luis Ángel Huevo
- Licda. Vilma Consuelo Rivas
U.de S. Ciudad Delgado
- Dr. Ricardo Campos Martínez
U. de S. Santa Lucía Ilopango
- Dr. José Antonio Soriano
Hospital Nacional Rosales
- Dr. Carlos Humberto Bonilla
Hospital Nacional de Maternidad
- Dra. Ana Daisi Romero de Cruz
Hospital Nacional de San Bartolo
- Dr. Ducan Benjamín Cunza
Hospital Nacional San Rafael
- Dr. Isais Miranda
Hospital Nacional Psiquiátrico

**PERSONAL DE OTRAS ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES**

- Licda. Eva Emperatriz Castro
Universidad Dr. Andrés Bello
- Licda. Iris García Olivares
Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud
- Licda. Fidelina Martínez Castro
Centro de estudios de Género
- Licda. Roxana León
ORMUSA

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN E ILUSTRACIÓN

- Rubén Edgardo Cruz Mata

**GUIA DE ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DEL ADULTO MASCULINO.**

Primera Edición: 2,000 Ejemplares





Autoridades Nacionales

Dr. José Guillermo Maza Brizuela

Ministro de Salud

Dr. Ernesto Navarro Marin

Vice Ministro de Salud

Dr. Humberto Alcides Urbina

*Director General y de Aseguramiento de la
Calidad*

Dr. José Roberto Rivas Amaya

Director de Regulación

Dr. Raul Armando Palomo Escobar

*Gerente de Atención Integral en Salud
al Adulto Masculino*

PRESENTACION

Durante décadas la Salud Sexual y Reproductiva ha sido un elemento esencial en los procesos de protección y conservación de la salud en general; sin embargo, las cifras estadísticas aun muestran que los esfuerzos desarrollados en los servicios de atención en este ámbito de la Salud aun distan mucho de alcanzar sus objetivos y los problemas de Salud Sexual y Reproductiva siguen siendo causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura en la población.



En el Salvador, la mortalidad materna y perinatal, la ascendente tasa de embarazos en adolescentes y la alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, continúan caracterizando el perfil epidemiológico del estado de salud. Las mujeres en edad fértil, los niños(as) y los(as) adolescentes, aun son los grupos más vulnerables y con mayor riesgo de enfermar y morir, por ello es justificable que nuestros programas de atención continúen priorizándolos; no obstante, es necesario evidenciar que estos programas siguen desarrollándose con poca o ninguna orientación a la atención de los hombres, pese a que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) pusieron en la agenda mundial la importancia de su involucramiento y participación para potencializar su impacto

El nuevo enfoque mundial de la salud reproductiva promueve una participación más efectiva del hombre en los procesos orientados al mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva y resalta la importancia de las opciones que se le deben ofrecer para que pueda lograr cambios en la percepción y la actitud hacia estos procesos. Se plantea que el hombre, al igual que la mujer, debe tener acceso a la información, educación y prestación de servicios, para que puedan ejercer sus responsabilidades individuales dentro de la familia y la comunidad.

En correspondencia con éste marco referencial, el Ministerio de salud Pública, a través de la Gerencia de Atención Integral al Adulto Masculino, con la asistencia técnica y financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas, ha diseñado el presente documento de Guías de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino; el cual tiene como Propósito esencial orientar a nuestros establecimientos de Salud, en la implementación de las acciones de prevención, curación y rehabilitación de la Salud Sexual y Reproductiva de los Hombres. Al presentar este valioso instrumento normativo de apoyo, excito a todos los funcionarios directivos y al personal de salud de los niveles operativos a apropiarse de sus contenidos y utilizarlos adecuadamente en beneficio de la Salud Sexual y Reproductiva de la familia salvadoreña.




Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud

Indice

Introducción	1
1. Objetivos	2
2. Marco conceptual	3
2.1 Enfoque de derechos en la salud sexual y reproductiva	3
2.2 La perspectiva de genero.....	5
2.3 Equidad	5
2.4 Salud sexual y reproductiva	6
2.5 Enfoque de la salud centrado en las personas	7
2.6 Promocion de la salud.....	8
2.7 Participacion social	9
2.8 Los efectos de la socializacion masculina en la salud	10
3. Desarrollo de la guia.....	13
3.1 Derechos de los hombres a los servicios de informacion y atención en salud sexual y reproductiva.....	13
3.2 Conductas de autocuidado de los hombres	15
3.3 Recomendaciones para abordar a los hombres.....	15
3.4 Salud e higiene sexual y reproductiva de los hombres.....	16
3.5 Papel del hombre en la anticoncepción	22
3.6 Formas de apoyar la participacion de los hombres en la anticoncepción	23
3.7 Atencion a las ITS/VIH-SIDA.....	24
3.8 Medidas para reducir el riesgo de contraer las ITS.....	24
3.9 Patologias que cursan con ulcera.....	26
3.9.1 Sífilis.....	26
3.9.2 Chancro blando.....	30
3.9.3 Linfogranuloma venéreo	32
3.9.4 Herpes genital.....	34

3.10	Patologías que cursan con secreción uretral	39
3.10.1	Gonorrea.....	39
3.10.2	Infección por clamidia	42
3.11	Patologías con presencia de verrugas	46
3.11.1	Condiloma acuminado o infección por virus del papiloma humano (IVPH)	46
3.12	Infección por el virus de inmunodeficiencia humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA)	48
3.13	Identificación y manejo de las disfunciones sexuales.....	56
3.13.1	Disfunción eréctil	57
3.13.2	Eyacuación precoz	63
3.14	Identificación y manejo de la andropausia	67
	Principales problemas sexuales en la vejez y sus posibles soluciones.....	69
	Objetivos y contenidos para la educación sexual durante la vejez	70
3.15	Identificación y manejo de la infertilidad masculina.....	71
3.16	Identificación y manejo de la hiperplasia benigna de próstata	74
3.17	Identificación y manejo del cáncer de próstata	77
3.18	Identificación y manejo del cáncer testicular	80
3.19	Identificación y manejo del cáncer de pene.....	82
4.	Glosario.....	84
5.	Bibliografía consultada.....	86
6.	Anexos.....	88
	Guía para la consejería en ITS	89
	Demostración del uso de condones.....	91
	Subgrupos evolutivos y manifestaciones del sida.....	92
	Síndrome clínico y diagnóstico de sida.....	94
	Valores de referencia del espermograma y eyaculado normal.....	96
	Escala internacional de evaluación de síntomas prostáticos (IPSS).....	97
	Modalidades del tratamiento médico de la HPB.....	99

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MSPAS) como rector de la salud en El Salvador ha incorporado de manera transversal en la atención integral en salud en los diferentes grupos de edad, la salud sexual y reproductiva (SSR). En razón de ello, la Gerencia de Atención Integral en Salud del Adulto Masculino, considerando el influyente rol de los hombres en la sexualidad y reproducción humana, ha tenido a bien en formular las presentes guías para la atención de los adultos masculinos.

En general los hombres utilizan los servicios de salud menos que las mujeres, en cierta medida debido a que tradicionalmente los servicios de salud pública han sido brindados en el formato tradicional madre-hijo, prescindiendo de la participación de los hombres en el cuidado del embarazo de su pareja y en la prestación de servicios de SSR a ambos. Por otra parte, ciertos rasgos dominantes de la identidad masculina como la noción de invulnerabilidad y la exposición consciente a los riesgos producen una actitud de menosprecio por la salud, que influye significativamente en la poca utilización de los servicios.¹

Actualmente existen evidencias de que los hombres cada vez más se muestran interesados en su salud sexual y reproductiva, sin embargo su participación en los servicios se ha dificultado debido a que no han existido políticas para que los servicios incluyan y asistan a hombres, en consecuencia se carece de guías que orienten la atención adecuada a este grupo poblacional.

El Modelo de Atención Integral en Salud del MSPAS, considera la SSR y con ella el enfoque de derechos y la perspectiva de equidad de género como ejes transversales para todos los programas de atención integral a la salud organizados por ciclo de vida. La perspectiva de equidad de género comprende el empoderamiento de las mujeres y la participación de los hombres, particularmente en la transformación de comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo, por conductas saludables para su propia salud, la de su pareja y familia.

La presente guía de atención, sustentada en el Modelo Nacional de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino y las normas respectivas vigentes, contiene una descripción sucinta de un conjunto de actividades esenciales de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de los problemas prioritarios de la salud sexual y reproductiva del adulto masculino, como lo son, las ITS/VIH-SIDA, las disfunciones sexuales, la andropausia, la infertilidad masculina, la hiperplasia prostática y el cáncer de próstata. Esta guía de atención orientará la toma de decisiones clínicas del personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención.

¹ OPS/GTZ/UNFPA 2004. Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en Centroamérica. Investigación.



1. OBJETIVOS



General

Contribuir a la aplicación de atenciones sanitarias oportunas y efectivas, basadas en la evidencia científica disponible, por medio de la orientación sistemática de las decisiones del personal de salud y usuarios en el abordaje de la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva del adulto masculino.

Específicos

1. Contribuir a mejorar la calidad de las acciones de prevención, curación y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva del adulto masculino, por medio de la sistematización de los procesos de atención.
2. Orientar la toma de decisiones clínicas en el proceso de atención.
3. Estandarizar la entrega de los servicios de SSR por parte del personal responsable de la provisión.
4. Establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios prestados.
5. Facilitar el monitoreo periódico y la supervisión objetiva de las atenciones preventivas, curativas y de rehabilitación en SSR.

2. MARCO CONCEPTUAL

El marco que da sustento técnico a la siguiente Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino comprende un conjunto de enfoques conceptuales de gran valor técnico, político y ético contenidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, celebrada en el Cairo en 1994 y suscrito por todos los países de las Américas; así como también enfoques que parten de normas de Derecho Internacional ratificados por nuestro país.

2.1. ENFOQUE DE DERECHOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El enfoque de derechos, plantea que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos a: la vida, seguridad, educación alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados, en armonía con la naturaleza; considerando al ser humano como el elemento central del desarrollo.

La salud sexual y reproductiva basada en el enfoque de derechos es el reflejo de una nueva política global de consenso sobre la relación existente entre las anteriores políticas de población y los derechos de salud sexual y reproductiva. Dicha política parte del criterio de que si se satisfacen las necesidades de la salud sexual y reproductiva de las personas, será posible lograr la estabilización de la población por medio de opciones y oportunidades en lugar de control y coerción. Los principales componentes del enfoque basado en los derechos incluyen:

2.1.1. El derecho a la salud.

La Constitución de la OMS establece que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”*. (Nueva York 1946).

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que: *“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios... 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*. (Resolución de la Asamblea General de 1948).



2.1.2. Derechos Reproductivos y Sexuales.

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a:

- Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual y reproductiva;
- Ser libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales; y
- Esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos de las parejas e individuos a:

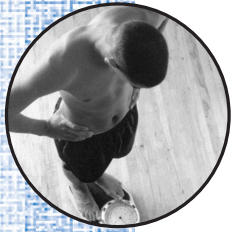
- Decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener , cuándo y con que frecuencia y el tener la información, educación y medios para lograrlo;
- Alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.

2.1.3. Derecho a la participación

La participación ciudadana en materia de salud es parte de los derechos humanos, es inclusiva y plural e incluye la mejora y el fomento de la participación de la población en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector de la salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos.

En general, en El Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65 de la Constitución de la República.

El enfoque de derechos aplicado a la salud integral del adulto masculino, en relación a la salud sexual y reproductiva, tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida del propio individuo, de su pareja y su familia, a través del desarrollo de acciones orientadas a la participación del hombre en la sexualidad y reproducción, reconociendo y atendiendo sus propias demandas y necesidades en SSR y concientizándolo para el desarrollo de conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos armoniosos y con equidad género, en las relaciones con su pareja, familia y comunidad.



2.2. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Es el cuerpo teórico que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Para el análisis de género se estudian además los roles sociales que hombres y mujeres desempeñan, los que se refieren a las funciones productivas, reproductivas y de gestión de la comunidad.

Este enfoque incluye la necesidad de revisar los contextos sociales, políticos y económicos para conseguir abordar aspectos como la salud; y advierte sobre la necesidad de estudiar las relaciones humanas en contextos y en periodos históricos específicos y poder abordar las diferencias entre mujeres y hombres a lo largo del ciclo de vida. Se cuestiona también el abordaje de “la mujer” o “el hombre” como una categoría homogénea y se plantea estudiar las relaciones mujer-hombre, hombre-hombre y mujer-mujer de manera específica en cada momento.

La aplicación de las Guías de Atención en salud sexual y reproductiva en el adulto masculino, requiere de personal de salud que proporcione los servicios, tomando en cuenta el enfoque de género (equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres), y considere el abordaje de la realidad, a partir de las condiciones bio-psico sociales en que se desenvuelve.

El impulsar la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva, así como la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, tanto en su propio beneficio como en el de su pareja y su grupo familiar, son pilares fundamentales de los programas relacionados con población y desarrollo.

2.3. EQUIDAD

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social; que lleva asociada responsabilidad social frente al sufrimiento innecesario.

Se plantea, también, como un principio basado en la responsabilidad moral de ayudar a los otros a crecer desde sus propias capacidades y diferencias.

Reconoce la distribución justa de recursos, de tal manera que los que poseen mayores desventajas, tengan mayores oportunidades

2.3.1. Equidad en salud

La equidad en salud es el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en materia de salud.



2.3.2. Equidad de género en salud

En el estado de salud y sus determinantes: la eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de disfrutar de salud y en la probabilidad de enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles.

En el acceso y la utilización de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades: Diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en acceso a servicios básicos.



2.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...” (CIPD, CCMM).²

2.4.1. Sexualidad Humana

La sexualidad humana se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. Es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y, a la vez, está influido por el contexto histórico-social en que se desarrolla.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Como fuente de placer y de bienestar resulta un elemento enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo familiar y en lo social.

Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, en la multiplicidad de su potencialidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo, entre otros.

² CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994. CCMM: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995.

2.4.2. Salud Sexual

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”. (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000).



De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en los planos somático, psicológico o social.

2.5. ENFOQUE DE LA SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS

En la aplicación del concepto de salud sexual y reproductiva se reconoce una invitación a transitar de un enfoque de salud centrado en la oferta de salud (en los proveedores, en los servicios) a un enfoque de salud centrado en las personas (en sus capacidades de tomar decisiones libres, informadas y responsables como fruto de la satisfacción de sus necesidades de aprendizaje y del ejercicio de los derechos de empoderamiento y de equidad de género).

En estos términos un enfoque de salud centrado en las personas implica:

- a. El reconocimiento de la pluralidad de factores que influyen en la salud de las personas, además del acceso a servicios de calidad.
- b. En este sentido, aparece la educación para la salud, la cultura, el ambiente y la cualidad de vida como factores indispensables de una estrategia que pretenda asegurar logros en materia de salud sexual y reproductiva de las personas.
- c. El protagonismo o empoderamiento del sujeto en relación a su salud sexual y reproductiva. Es decir, la capacidad del sujeto para tomar una decisión libre, informada y responsable respecto a la propia sexualidad.



- d. La equidad de género como esencial a los logros en materia de salud sexual y reproductiva y condición necesaria de un empoderamiento.
- e. La sexualidad como una dimensión del desarrollo integral del sujeto y esencial en la construcción de su identidad.
- f. La adolescencia como un estado de plenitud y de ejercicio de derechos, no sólo una etapa de transición en la vida del individuo.
- g. El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como el objetivo principal de las estrategias de acción en materia de salud sexual y reproductiva.

2.6. PROMOCION DE LA SALUD

La promoción de la salud constituye una aproximación al concepto de salud que considera al conjunto de factores determinantes que intervienen en el proceso salud-enfermedad de las personas, dando un especial énfasis, junto a la calidad de la atención, a la adopción de estilos de vida saludables y al entorno físico, social y cultural de las personas.

La adopción del concepto de SSR por las conferencias internacionales de Cairo y de Beijing precisa del apoyo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tanto de hombres como de mujeres, lo cual se traduce en la necesidad de tener una consideración holística de la persona incluyendo el empoderamiento, la equidad de género y una vida libre de violencia como dimensiones de la SSR.

La consideración de las personas como sujetos de derechos sexuales y reproductivos implica contribuir al desarrollo de su capacidad de tomar decisiones para que se conviertan en protagonistas de su SSR.

Por tratarse de derechos, donde está comprometida la sexualidad, se trata de estrategias que permitan generar una cultura de salud donde las personas puedan fortalecer la comprensión de sus propios cuerpos, de sus emociones, de sus relaciones afectivas y sociales, como condición necesaria para la toma de decisiones que afectarán todos los aspectos de su salud sexual y reproductiva.

Los factores que en materia de promoción de la salud influyen en la salud sexual y reproductiva de las personas, son:

- a) Los condicionantes biológicos, sean estos innatos o adquiridos;
- b) La calidad de vida, desde el punto de vista económico, social y político;
- c) El ambiente, según sea protegido, saludable e incluyente;
- d) Las características culturales (equidad de género, violencia intrafamiliar y de género);
- e) La cualidad de vida o la dupla autoestima/sociabilidad;
- f) La calidad de atención en los servicios de salud; y,
- g) Las capacidades de auto cuidado/mutuo cuidado/socio cuidado/prevenición, adquiridas mediante aprendizajes que conforman el campo específico de la educación para la salud.



2.7. PARTICIPACION SOCIAL

La consideración multifactorial presente en la salud de las personas, da origen a un marco de comprensión de la salud que permite orientar mejor el accionar público y privado para fortalecer, en forma simultánea y complementaria, la atención en los servicios y el auto cuidado/mutuo cuidado/prevenición.

En una acción concertada, en materia de atención y de educación para la SSR, es necesario considerar la incorporación de cambios en la cultura, en el ambiente y en la cualidad de vida de las personas.

En otras palabras, esta concepción permite abrir campos de acción más allá de los servicios de salud y poder mirar la SSR no sólo desde los mecanismos de intervención, sino que también desde las posibilidades de participación de las propias personas, y de otros sectores más allá del sector salud y de educación.

En este enfoque se aprecia la imprescindible necesidad de fortalecer el protagonismo de las personas en el manejo de su salud, como una dimensión del ejercicio de sus derechos de ciudadanía.

Esto implica, igualmente, la apertura de espacios de participación y de movilización social de manera tal, que sean las propias personas que asuman, en forma individual y colectiva, las acciones necesarias para encarar la satisfacción de sus necesidades de atención y educación para la salud sexual y reproductiva.

2.8. LOS EFECTOS DE LA SOCIALIZACIÓN MASCULINA EN LA SALUD



La construcción de la masculinidad en nuestra cultura, representa un verdadero factor de riesgo, no sólo para la salud de los propios hombres, sino además para la seguridad y la salud de las mujeres y las niñas(os), así como también, la de otros hombres. La magnitud de los riesgos de salud asociados a la masculinidad está directamente relacionada con la identificación que cada hombre tiene con la forma hegemónica de masculinidad³. Por ello, no todos los “rasgos masculinos” o formas de masculinidad implican riesgo para la salud de los hombres. De hecho, no todos los hombres son iguales, ni todos hacen los mismos esfuerzos por mantener la definición dominante de masculinidad.

La identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y la represión de la esfera emocional. Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor, el amor etc. La ausencia de vías de expresión y descarga emocional socialmente aceptadas, implica la transformación de éstas en ira y hostilidad, parte de las cuales son dirigidas hacia sí mismo, parte hacia los otros hombres y parte hacia las mujeres.

En este orden, la masculinidad hegemónica se caracteriza por:

- ◆ Acentuar el dominio del hombre sobre la mujer
- ◆ La fuerza física,
- ◆ La agresividad,
- ◆ La tendencia a la violencia,
- ◆ La inexpresividad emocional y
- ◆ La competitividad.

³ Robert Connell (1987) utilizó el término “masculinidad hegemónica” para referirse a la forma de masculinidad prevalente, más alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico.

Los hombres que actúan en congruencia con esta condición están poco preocupados por su salud y por su bienestar general; simplemente deben verse más fuertes, tanto física como emocionalmente que la mayoría de las mujeres; deben pensar en sí mismos como seres independientes que no necesitan del cuidado de los demás y es poco probable que pidan ayuda a otras personas. Además, deben estar mucho tiempo en los espacios públicos lejos de su hogar, y deben hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.

Los esfuerzos de muchos hombres por parecerse a este modelo suele llevarlos a involucrarse en ciertos comportamientos que culturalmente han sido definidos como “masculinos” y que aunque los exponen a riesgos para su salud, son utilizados para definir su virilidad. Por ejemplo, consumen cantidades excesivas de alcohol para demostrar su lealtad al grupo de compañeros masculinos. En los deportes tradicionalmente masculinos o los llamados deportes extremos el código masculino glorifica el dolor y las lesiones, incitando a los jugadores a sacrificar sus cuerpos para ganar a toda costa.

Tienden a ignorar las normas de seguridad en el trabajo, exponiéndolos a mayores riesgos laborales; otros conducen de manera arriesgada como demostración de valentía, lo que los ubica entre las principales víctimas mortales o con secuelas incapacitantes debido a accidentes de tránsito. La fascinación y el respeto por la violencia asociado a la hostilidad y la ira, explica en parte su mayor riesgo de homicidio, suicidio o lesiones no intencionales, en comparación con las mujeres, la inexpresividad emocional y la competitividad conllevan a mayores riesgos de sufrir depresión, fatiga nerviosa y mayor reactividad cardiovascular ante situaciones de estrés.

Por otra parte, los hombres también construyen su identidad de género en relación con las definiciones culturales de feminidad, apoyándose fuertemente en el mandato de “diferenciarse de lo femenino” lo que conduce a la homofobia.

Los hombres jóvenes aprenden que la adopción de formas “femeninas” de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados y a veces desarrollan comportamientos riesgosos con el fin de evitar ser considerados femeninos o afeminados. Por ejemplo, un adolescente participa en peleas para evitar que le llamen “maricón”, o un hombre de edad madura oculta un dolor torácico para evitar aparecer como “llorón” ante sus compañeros de trabajo.





Este aspecto de la construcción de la identidad enseña a los hombres que la impotencia y la vulnerabilidad son sentimientos y conductas inaceptables, de lo que puede resultar preocupaciones excesivas acerca del poder, desconfianza hacia la mujer y ansiedad frente a la intimidad; de tal forma, que cualquier amenaza percibida de pérdida del control masculino o de exceso de intimidad, posiblemente producirá una excitación y ansiedad exagerada. En este sentido las conductas violentas se transforman en la garantía de que su virilidad no será puesta en duda. Los adolescentes varones que particularmente sufren de esta mirada examinadora, aprenden que mostrarse violentos es la manera eficaz de acallar las voces de la homofobia.

Los esfuerzos de contrarrestar la homofobia también inducen al involucramiento de relaciones sexuales a temprana edad, a relaciones con múltiples parejas y a engañar o forzar a otras personas para mantener relaciones sexuales. Este tipo de comportamientos, que en parte son expresiones de la masculinidad hegemónica, incrementan el riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Al mismo tiempo, estos comportamientos favorecen la victimización de las mujeres a través de la violencia de los varones, las agresiones sexuales, los embarazos no deseados, el aborto y las infecciones de transmisión sexual.

Finalmente, la construcción de la masculinidad no estimula, por lo general, las actitudes o conductas de auto cuidado y preocupación por la salud en los hombres. Por el contrario, en ellos están especialmente presentes la noción de invulnerabilidad, la exposición consciente a los riesgos como un valor cultural y la creencia de que la sexualidad masculina es instintiva y que poco serviría tratar de normarla, encausarla o de promover conductas preventivas a través de los servicios de salud. Lo anterior se ve fortalecido con las dificultades que tienen los hombres de verbalizar sus necesidades de salud, en general poco hablan de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, de feminización ante los demás. Lo anterior denota una feminización de la noción de cuidado de la salud, así, la imagen masculina de los servicios de salud, es que estos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos; categorías en las que no consideran estar situados y por lo tanto le son ajenos.

3. DESARROLLO DE LA GUIA

3.1. DERECHOS DE LOS HOMBRES A LOS SERVICIOS DE INFORMACION Y ATENCION EN SSR

El enfoque de derechos en el marco de la salud sexual y reproductiva a los hombres adultos, tiene como finalidad mejorar la calidad de vida en los niveles individual y relacional (pareja, hijas(os), familia, comunidad) a través de la prestación de servicios integrales de calidad. Estos servicios requieren de proveedores sensibles y conscientes de las necesidades, expectativas, temores, sentimientos y valores de los hombres de nuestro contexto socio cultural. En este sentido, se deberá asegurar el cumplimiento de los siguientes derechos específicos que les asisten a los clientes masculinos:



3.1.1. Derecho a la información

Todos los hombres de la comunidad tienen derecho a recibir información veraz y actualizada sobre los beneficios de la SSR para sí mismo, para su pareja e hijas(os), así como también, derecho a saber donde y como obtener más información y servicios para cuidar su SSR.

3.1.2. Derecho al acceso

Todos los hombres tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, sin importar cual sea su estatus social, situación económica, religión, creencias políticas, origen étnico, estado civil, orientación sexual u otra característica que pueda ser objeto de discriminación.

3.1.3. Derecho a escoger

Todos los hombres tienen derecho a decidir de manera libre e informada la aceptación o no de cualquier tipo de servicio, tratamiento o procedimiento ofrecido y a optar por el(la) proveedor(a) de servicios con el que se sientan más cómodos.

3.1.4. Derecho a la seguridad

Todos los hombres tienen derecho a que su integridad física y psicológica, sea resguardada de cualquier tipo de riesgos provenientes de la idoneidad del lugar donde se prestan los servicios, competencia técnica de los proveedores, efectos adversos de cualquier procedimiento o medicación prescrita, así como también el tratamiento oportuno y adecuado de alguna complicación.



3.1.5. Derecho a la privacidad

Todos los hombres tienen derecho a discutir y que se le escuchen sus necesidades o preocupaciones sin temor a la crítica o la discriminación y a que se le expliquen con anticipación y realicen los exámenes o procedimientos necesarios en un espacio confortable sin ser escuchado u observado por otras personas.

3.1.6. Derecho a la confidencialidad

Todos los hombres tienen derecho a que cualquier tipo de información que ellos compartan con consejeros o proveedores, así como el diagnóstico establecido de su padecimiento o los detalles de los servicios que recibe, no sean revelados a terceros sin su consentimiento.

3.1.7. Derecho a la dignidad

Todos los hombres tienen derecho a ser tratados con cortesía, consideración, atención y respeto a su dignidad, sin importar su edad, nivel educativo, estatus social, orientación sexual o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer sujetos de abusos y/o discriminación.

3.1.8. Derecho a la comodidad

Todos los hombres tienen derecho a sentirse a gusto mientras reciben los servicios de SSR, por lo tanto debe asegurarse instalaciones idóneas, ambiente acorde a los valores culturales, características y requisitos de la comunidad; y, no forzarlos a permanecer más tiempo que el razonable para recibir los servicios que necesitan.

3.1.9. Derecho a la continuidad

Todos los hombres tienen derecho a recibir servicios, insumos e información durante el tiempo que los necesiten. La interrupción de cualquier tipo de servicios deberá ser producto de una decisión conjunta entre el proveedor y el usuario.

3.1.10. Derecho a opinar

Todos los hombres tienen derecho a expresar sus opiniones sobre los servicios de SSR que reciben y ya sean agradecimientos, quejas o sugerencias sobre cambios, deben ser vistos positivamente dentro de los esfuerzos del programa.

Debe involucrarse a los hombres en la planeación de los servicios a ofrecer y así poder satisfacer sus necesidades y preferencias de manera apropiada y aceptable.

3.2. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DE LOS HOMBRES

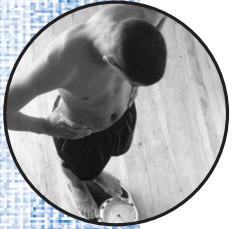
A pesar de que los hombres de todas las edades deberían someterse a exámenes médicos rutinarios, es muy raro que lo hagan hasta que alcanzan los 40 años de edad. A pesar de que puede haber muchas razones individuales para explicar esta situación, son las características propias de la identidad masculina examinadas anteriormente, las que generalmente vuelven a los hombres reticentes a consultar rutinariamente. Las razones declaradas sobre esta actitud son problemas de costo, falta de tiempo, falta de confianza, incomodidad para discutir su propia salud y temor.



Sin embargo, muchas de las causas principales de muerte e incapacidad pueden prevenirse o retrasarse con un abordaje oportuno, así mismo muchos de los cambios físicos que se producen a medida que los hombres envejecen, pueden tratarse con un diagnóstico y tratamiento temprano.

3.3. RECOMENDACIONES PARA ABORDAR A LOS HOMBRES EN LA ATENCION EN SALUD

- a. Muchos hombres se sienten incómodos cuando se les pide que expresen sus sentimientos y hablen abiertamente antes que puedan recibir atención para lo que consideran pueden ser sus necesidades. Pregúntele al cliente porque vino a la institución hoy y verifique que el asunto es manejado directa y prontamente.
- b. Por lo general los hombres se han socializado para actuar decididamente y estar en control. Reafirmarle al hombre que ha actuado adecuadamente buscando cuidado o enfrentando el problema, lo que puede facilitarle proceder a pedir información y ayuda.
- c. Los clientes pueden expresar enojo como resultado de sentirse incómodos, indefensos o inseguros en nuevas situaciones. La reacción en una forma agresiva no soluciona los problemas, solo aumenta la tensión y personaliza las situaciones. Permítale al cliente liberar sus sentimientos antes de buscar una discusión positiva para encontrar soluciones.
- d. No asuma que todos los hombres son iguales, trate a cada cliente como un individuo y no como un miembro de un subgrupo. No haga suposiciones sobre la validez de sus necesidades de información o servicios.
- e. Actúe profesionalmente y de forma neutra con todos los clientes, no exprese sorpresa o señales de juicio, unos modales calmados le dan confianza al cliente sobre su capacidad de ayudarlo. No murmure sobre sus comportamientos sexuales, su estatus físico, su religión, etnia etc.

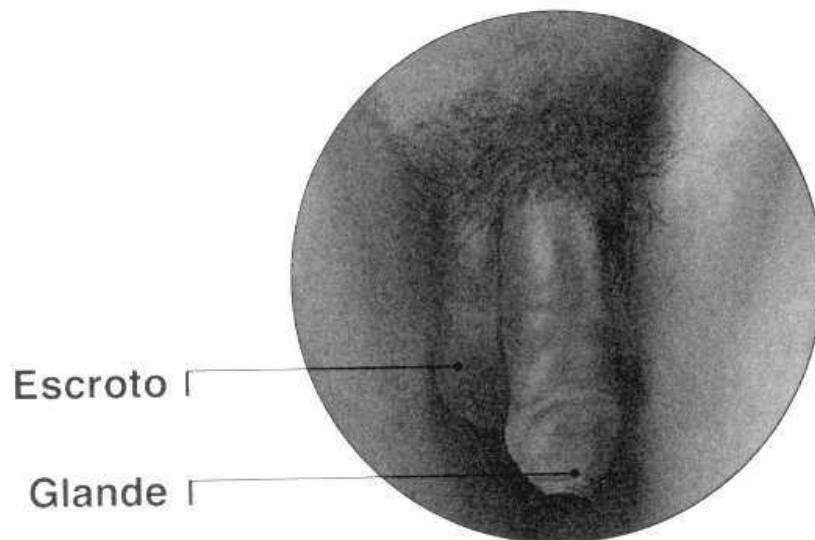


- f. Escuche cuidadosamente y déle tiempo al cliente para que relate su problema a su propio ritmo, sin criticar o juzgar lo que dice o como lo dice. Si lo interrumpe lo puede distraer y hacer más difícil que describa el asunto. Si requiere información adicional, haga las preguntas después que termine de hablar.
- g. Mantenga confidencial la información que recibe de sus clientes. No hay nada que perturbe más a un cliente que oír a los proveedores de salud y a otro personal murmurando sobre otros casos. La discusión clínica que sea necesaria debe hacerse lejos del alcance de otros clientes para garantizar su privacidad.

3.4. SALUD E HIGIENE SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES

Antes de hablar de higiene sexual es necesario recordar de anatomía y fisiología de los órganos reproductores masculinos:

SISTEMA REPRODUCTIVO MASCULINO GENITALES EXTERNOS MASCULINOS



Los genitales externos masculinos consisten de pene y de escroto. **El pene** es una estructura tubular con capacidad para estar flácido o erecto; es muy sensible a la estimulación. La cabeza del pene, el *glande*, incluye la parte más enervada o sensible del pene y está cubierto por el *prepucio* en los hombres que no están circuncidados. El pene permite el paso tanto a la orina como el semen.

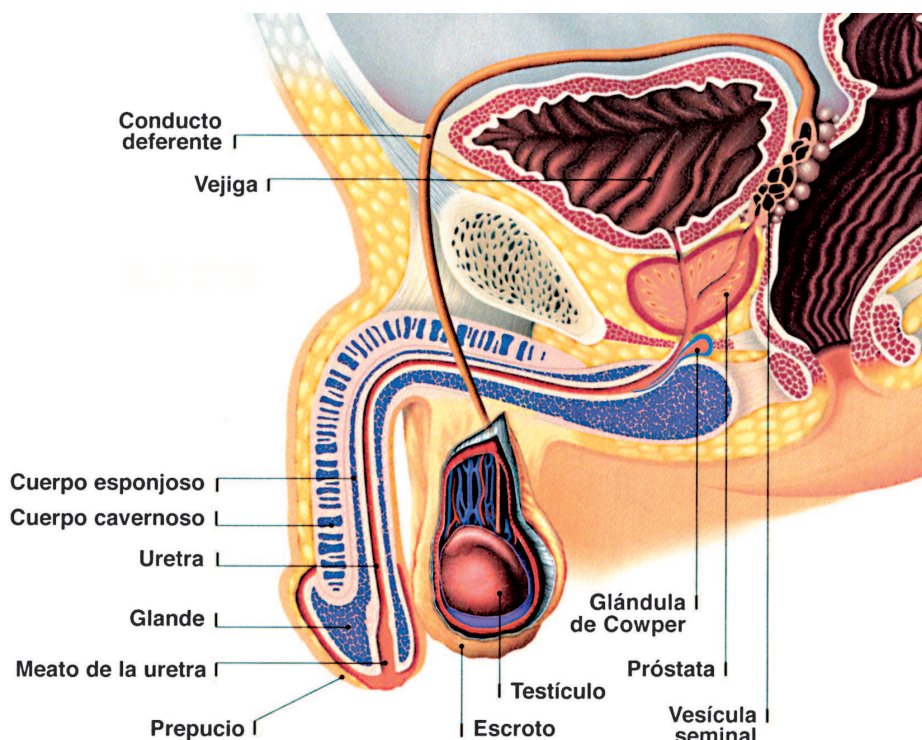
El tamaño y la forma del pene adulto varían. El tamaño de un pene cuando está flácido no predice el tamaño que tendrá cuando está erecto. La mayoría de los hombres tiene una longitud de pene erecto entre 12 y 18 centímetros (5 a 7 pulgadas), básicamente igual a la longitud de la vagina de las mujeres. También ocurre alguna variación en el diámetro del pene. Un diámetro promedio de un pene erecto es de 4 centímetros (1.6 pulgadas).



Aunque el tamaño del pene es una preocupación común, el verdadero *microfalo* (pequeñez anormal del pene) es muy raro. Para evaluar la normalidad del tamaño del pene, se determina la longitud penil estirada (LPE) de un pene flácido. Microfalo se define como una SPL de menos de 4 centímetros (1.6 pulgadas) para niños en la pubertad o menos de 10 centímetros (4 pulgadas) para hombres adultos.

El escroto es una bolsa que cuelga directamente bajo el pene y contiene los testículos. El escroto protege a los testículos y se contrae para levantar o bajar los testículos hacia y lejos del cuerpo con el fin de mantener una temperatura óptima para la producción de espermatozoides dentro del escroto, 34° C (93° F).

GENTALES INTERNOS MASCULINOS



Los genitales internos masculinos son los testículos, epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, glándula prostática y glándulas de Cowper.



Los testículos, los cuales están localizados en el escroto, son órganos pares que producen espermatozoides y hormonas sexuales masculinas. Son altamente enervados y sensibles al tacto y a la presión. Los testículos producen **testosterona**, que es la hormona responsable del desarrollo de las características sexuales masculinas (la voz grave y el vello facial prominente) y el impulso sexual (libido). **Los epidídimos** son dos tubos altamente enrollados contra la parte trasera de los testículos en donde la esperma se madura y es almacenada hasta que es liberada durante la eyaculación. **Los conductos deferentes** son un par de tubos que transportan la esperma madura de los epidídimos a la uretra.

Las vesículas seminales son un par de sacos de glándulas que secretan algo del fluido que conforma la esperma, el fluido blanco lechoso en donde se transporta la esperma. El líquido seminal provee el medio de transporte de, y la alimentación para la esperma. **La glándula prostática** es una estructura glandular del tamaño de una almendra que también secreta fluido que conforma la esperma. Un músculo en la parte inferior de la próstata mantiene la esperma fuera de la uretra hasta que la eyaculación, el proceso de liberación de la esperma, comienza. Este mismo músculo hace que la orina no salga durante la eyaculación. La glándula prostática es muy sensible a la estimulación y puede ser una fuente de placer sexual.

Las glándulas de Cowper son dos glándulas del tamaño de una arveja en la base del pene bajo la próstata que secreta un fluido claro en la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación. Este fluido actúa como lubricante para la esperma y reviste a la uretra mientras que fluye fuera del pene.

ERECCION Y EYACULACION

Erección es el proceso por el cual el pene se llena de sangre y se hace firme y erecto. Ocurre mediante una interacción compleja de estimulación física y/o mental. Los pensamientos o sentimientos sexuales pueden dar lugar a la erección, al igual que la estimulación directa en o cerca del pene u otros tipos de toque físico en el cuerpo. La erección también ocurre por otras razones diferentes a la excitación sexual. La erección ocurre normalmente en el sueño y se ha observado en los fetos masculinos en el útero.

El proceso de **eyaculación** comienza cuando un hombre ha alcanzado el nivel pico de excitación sexual por estimulación del pene, conocido como **inevitabilidad eyaculatoria**. En este momento la esperma es liberada de los epidídimos y viaja por los conductos deferentes, pasando por las vesículas seminales y la próstata, en donde la esperma se mezcla con el fluido seminal para formar el **semen**. Por contracciones musculares rápidas y placenteras, conocidas como **orgasmo**, el semen es expulsado forzosamente en el pene y fuera del cuerpo. Cada eyaculación contiene entre 3 y 3.5 mililitros de semen, que contiene a su vez entre 200 y 400 millones de espermatozoides.

La producción de espermatozoides comienza en la pubertad y continúa durante el curso del ciclo de vida, en tanto un hombre permanezca saludable, nunca dejará de producir espermatozoides ni se le “**agotará**”, aunque la cantidad producida puede disminuir con la edad.

Antes de la eyaculación, las glándulas de Cowper liberan fluido pre-eyaculatorio, lo cual neutraliza la uretra, haciendo el paso fuera del pene más hospitalario para la espermatozoos. Este líquido pre-eyaculatorio no contiene espermatozoides. Sin embargo, si un hombre se excita de nuevo poco después de la eyaculación, el nuevo fluido pre-eyaculatorio puede contener espermatozoides residual dejada en la uretra durante la primera eyaculación. Esto puede poner a quienes se comprometen en una actividad sexual posterior en riesgo de embarazo, poco después de la eyaculación, la sangre fluye fuera del pene y termina la erección. Un hombre no podrá lograr otra erección durante cierto periodo de tiempo, y esto se conoce como *período refractario*. Este período de tiempo varía con la edad y puede variar entre unos minutos y varios días.

Los hombres pueden experimentar erección sin orgasmo. No hay daño si el hombre se compromete en una actividad sexual que no resulte en orgasmo y eyaculación. Algunos hombres pueden advertir un leve dolor en los testículos o glande si tienen una relación sexual sin orgasmo, pero este dolor cede solo o puede ser aliviado por masturbación para alcanzar el orgasmo. Si un hombre no eyacula por un largo período, la espermatozoos es expulsada por eyaculaciones durante el sueño o es simplemente absorbida por el cuerpo.

HIGIENE SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES

Toda persona sexualmente activa debe ser responsable del mantenimiento de su salud, ello requiere una higiene personal diaria; siendo de gran importancia mantener limpia la zona genital. Igualmente esencial es el auto examen regular para advertir cualquier cambio o síntoma que pueda producirse en el cuerpo. En ambos sexos, la presencia de olores fuertes o inusuales puede indicar una infección. Los hombres deben prestar especial atención a los testículos.

3.4.1. Higiene del pene con prepucio intacto

Desde niño, el hombre debe tener por hábito lavar su pene todos los días con agua y jabón. A la hora del baño, es necesario echar el prepucio hacia atrás (piel que recubre el glande o cabeza del pene) y lavar bien esa región ya que es común que en ella se acumule una secreción llamada esmegma que al no eliminarse puede provocar picazón, irritación e inflamación, además de provocar muy mal olor.



3.4.2. Examen preventivo de cáncer de testículo

Esta es una enfermedad sobre la cual se habla poco y representa el 1% de los cánceres masculinos y el tumor más común entre los 15 a los 35 años de edad.



Generalmente ocurre en uno de los testículos y una vez que ha sido extirpado no trae ningún problema para función sexual y reproductora del hombre. Actualmente es considerado de fácil curación, principalmente cuando es detectado en su estadio inicial. El síntoma más común es la aparición de un nódulo duro e indoloro, más o menos del tamaño de un garbanzo.

Auto examen de testículo

Se trata de un examen para identificar protuberancias que puedan corresponder a cáncer testicular. Los siguientes son los pasos recomendados para su realización:

- a. El auto examen debe ser realizado una vez por mes. El mejor momento para realizar el examen es durante el baño. La piel mojada y enjabonada permite revisar los testículos con mayor facilidad. Se aconseja también un baño de agua tibia, ya que esto ayuda a la relajación de la piel, facilitando la realización del examen.
- b. El hombre debe estar de pie de preferencia frente a un espejo y examinar cada testículo con ambas manos. El dedo índice y el medio, deben quedar en la parte inferior del testículo, y el pulgar en la parte superior.
- c. Se debe girar cada testículo cuidadosamente, entre el dedo pulgar y el índice verificando si están lisos y firmes. Es importante palpar también el epidídimo, una especie de tubo suave que queda atrás de los testículos.
- d. Se debe reparar en el tamaño de cada testículo para certificarse de que están con las dimensiones habituales, teniendo en cuenta que es común que uno de ellos sea mayor que el otro.
- e. En caso que sean encontradas tumoraciones, es importante acudir rápidamente al médico. Por lo general podemos encontrar los tumores en la parte inferior de los testículos, pero también pueden ser encontrados en la parte frontal. No todos los tumores son cáncer, pero cuando lo son, la enfermedad puede generalizarse rápidamente si no es tratada a tiempo.

3.4.3. Examen preventivo de cáncer de pene

La falta de limpieza es una de las causas principales del cáncer de pene. El primer paso para prevenir esta enfermedad es lavar diariamente el pene con agua y jabón y siempre después de la relación sexual y la masturbación.

Cuando este cáncer es descubierto en su etapa inicial, su tratamiento es fácil y tiene cura, pero si no se trata, puede extenderse a áreas internas como los ganglios, causar mutilación y llevar a la muerte.

Auto examen del pene

Una vez por mes, el hombre debe examinar su pene detalladamente buscando algunas de las siguientes señales:

- ◆ Heridas que no cicatrizan después de un tratamiento médico;
- ◆ Tumores que no desaparecen después de un tratamiento o que presentan secreciones con mal olor;
- ◆ Hombres con fimosis que por no poder exponer el glande, presentan inflamaciones con enrojecimiento y picazón de largo periodo de evolución;
- ◆ Manchas blanquecinas o pérdida de la pigmentación;
- ◆ Crecimiento de ganglios inguinales.

Estos síntomas o señales son más comunes en el hombre adulto y si algunos de ellos son detectados es necesario acudir al médico inmediatamente. Otro cuidado importante es asistir a un examen con el urólogo una vez por año.

3.4.4. Examen preventivo del cáncer de próstata

La mitad de los hombres a los 50 años presenta síntomas como dificultad para orinar, aumento en la frecuencia de las micciones, goteo al final de la micción, chorro débil o sensación de que la vejiga siempre está llena. Estos síntomas aparecen como consecuencia del crecimiento de la próstata y del aumento de su parte muscular que comprime la uretra y dificulta la eliminación de la orina almacenada en la vejiga.

El problema es conocido como hiperplasia benigna de la próstata (HBP) y por el momento no existe una forma eficaz para prevenirla. En caso que no sea tratada la HBP, el aumento de la próstata puede causar algunas complicaciones serias como: infección urinaria, interrupción total del flujo de la orina y hasta insuficiencia renal.





El cáncer de próstata es el crecimiento desordenado de sus células, este se detecta en uno de cada doce hombres con más de 50 años. Por lo general esa enfermedad solo produce síntomas cuando está en una fase avanzada: dolor y sangre en la orina. Dependiendo de la fase en la que se encuentra la enfermedad, el control puede o no ser posible.

Cuando se hace un diagnóstico precoz, la probabilidad de cura es alta. Existen tres exámenes para detectarlo: tacto rectal, ultrasonografía o ecografía prostática y cuantificación sanguínea de la PSA (proteína liberada por las células prostáticas que aumenta con la presencia de cáncer).

3.4.5. Tamaño del pene

Es muy común la preocupación de los hombres por el tamaño del pene. El miedo de no lograr una relación sexual adecuada y de no cumplir el papel de “auténtico hombre” está asociado, para muchos al tamaño del pene; sin embargo, en realidad es la falta de información lo que lleva a un hombre a pensar solo en eso.

En lo que respecta a la relación sexual, la vagina de la mujer solo tiene sensibilidad en su primer tercio, y siendo así poco importa el tamaño del pene para dar placer. Además, el placer femenino está más ligado a las caricias, besos, abrazos etc. Quizá la razón de tanta preocupación se deba más a la presión social que viene desde la infancia.

Hasta hoy no existe ningún medicamento o artefacto que sea capaz de aumentar el tamaño del pene y todo lo que es comercializado en algunos medios con ese objetivo es pura propaganda.

Sin embargo se conoce que existen técnicas fundamentadas en “ejercicios” aplicados en el pene que han mostrado ser eficaces para incrementar el tamaño del mismo, estos ejercicios pueden ser explicados a los usuarios a través de la Consejería en los establecimientos de salud.

3.5. PAPEL DEL HOMBRE EN LA ANTICONCEPCION

Idealmente la anticoncepción es una responsabilidad conjunta de la pareja y el método que se escoge debe reflejar las necesidades y las preocupaciones de la pareja. Aún así, inclusive cuando este es el caso, la responsabilidad primaria de usar un método anticonceptivo generalmente recae en un solo miembro de la pareja.

Cuando se usa un método masculino como el condón, retiro o vasectomía, el hombre tiene la responsabilidad primaria; pero inclusive cuando la pareja usa un método femenino, el hombre puede jugar un papel muy importante en la elección, uso y efectividad.

En general, el rol de los hombres en los métodos femeninos es el de dar apoyo y acompañamiento, y lo pueden hacer de la siguiente manera:

- ◆ Apoyo financiero. Ayudando a pagar el método u otros gastos relacionados.
- ◆ Soporte emocional. Acompañándola a la clínica, discutiendo las razones para escoger un método y/o apoyando la selección del método.
- ◆ Ayudar con el método si ella lo desea. Ayudando a insertar un espermicida, si se requiere, o recordándole cuando usar uno.
- ◆ Apoyo con un método alternativo (por ejemplo retiro o condón) en el caso que se olvide o tenga un problema inesperado con el método que haya escogido.

Los hombres deben ser alentados para ser compañeros verdaderos en la vida reproductiva de la pareja. Una forma de hacerlo es tener respeto por su pareja y por los métodos anticonceptivos seleccionados. En todos los casos, los hombres deben considerar el método que sea más benéfico para sus parejas y ellos mismos.

3.6. FORMAS DE APOYAR LA PARTICIPACION DE LOS HOMBRES EN LA ANTICONCEPCION

Los proveedores de servicios y demás personal de los establecimientos de salud pueden tomar pasos muy sencillos para ayudar al hombre a participar activamente en las decisiones de planificación familiar y uso de anticonceptivos. Estos incluyen:

- ◆ Disponer de materiales educativos y promocionales apropiados.
- ◆ Tener condones disponibles en el establecimiento.
- ◆ Involucrar a trabajadores de salud de la comunidad y voluntarios para que distribuyan condones a los hombres en diversos sitios de la comunidad.
- ◆ Proporcionar educación a los hombres sobre planificación familiar en varios entornos de la comunidad.
- ◆ Proporcionar consejería de planificación a hombres durante la realización de las pruebas, el diagnóstico y tratamiento de las ITS.
- ◆ Ofrecer consejería a los hombres durante las visitas de planificación familiar de la mujer.
- ◆ Discutir la planificación familiar con las parejas que usan los servicios de cuidado prenatal y atención infantil.



- ◆ Crear una atmósfera en la clínica de planificación familiar que también atraiga a los hombres.

Para obtener mayor información sobre los métodos anticonceptivos conocidos para uso en mujeres y hombres y los criterios de elegibilidad médica, consultar las Normas de Planificación Familiar.



3.7. ATENCIÓN DE LAS ITS/VIH-SIDA

Las ITS son infecciones que pueden ser transmitidas de una persona a otra por contacto sexual, aunque en ciertos casos algunas de ellas lo hacen por otros medios. Por ejemplo, una mujer puede transmitirla a su hijo(a) por la placenta o al momento del parto cuando el bebé pasa por el canal del nacimiento. Las ITS pueden ser transmitidas entre dos personas, independientemente del sexo o edad, por sexo vaginal, anal y oral y por contacto piel a piel durante el acto sexual.

Las ITS son parte de un grupo más amplio de infecciones conocidas como Infección del Tracto Reproductivo (ITR). Además de las ITS, las ITR incluyen otras infecciones del sistema reproductivo que no son causadas por contacto sexual. Algunas de estas infecciones resultan de un desequilibrio de los microorganismos normalmente encontrados en el tracto reproductivo como las vaginosis bacterianas o las infecciones por hongos, frecuentemente asociadas a otros problemas sistémicos como la diabetes.

Las ITS curables se pueden tratar y ser curadas con medicamentos antimicrobiales. Sin embargo, si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo, algunas de ellas pueden causar daños irreversibles, tanto para el hombre como para la mujer.

En la mujer tenemos: enfermedad pélvica inflamatoria, trabajo de parto y parto prematuro, riesgo aumentado de cáncer cervical, embarazo ectópico.

En el Hombre: inflamación de los testículos, infertilidad, neumonía y otras infecciones en infantes y, en casos extremos, la muerte.

Las ITS incurables son causadas por virus. Aunque estas infecciones no pueden ser curadas, es posible manejarlas a fin de aliviar y reducir los síntomas y disminuir la posibilidad de transmisión vertical.

3.8. MEDIDAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER LAS ITS

Debido a que determinadas conductas incrementan el riesgo de contraer el VIH, es importante frente a cada consultante establecer una estrategia de trabajo sobre “Reducción de Riesgo” basado en aquellas conductas específicas que lo han llevado a vivir con el virus y que podrían conducir a una re-infección.

Las prácticas sexuales que reducen el riesgo de contraer ITS, incluyendo la infección VIH, deben evitar el contacto con los fluidos del cuerpo de la pareja, incluyendo eyaculado del pene (semen), fluidos vaginales, sangre y otro tipo de flujos o exudados de lesiones o de heridas abiertas.

El riesgo más bajo de contagio o **sexo más seguro** solo puede asegurarse con la fidelidad de ambos miembros de la pareja. El **sexo seguro** incluye un conjunto de prácticas sexuales que deberán aplicarse cuando se tienen contactos con varias parejas.



La abstinencia es la única forma de estar cien por ciento seguro de no contraer una ITS por medios sexuales

SEXO MÁS SEGURO

Se considera “Sexo más seguro” a todas aquellas prácticas sexuales que permiten prevenir la transmisión adquisición del VIH. Entre estas:

1. Sexo con quienes están seguras de no estar infectadas con una ITS.
2. Quienes no tienen otras(os) compañeras(os) sexuales.

SEXO SEGURO

En todos los casos, aplicar las siguientes medidas reducirán el riesgo de la persona, su compañero (a) y sus hijos (as) de contraer una ITS:

- Abstinencia sexual: es la opción personal de evitar las relaciones sexuales, es la única forma 100% segura de prevenir las infecciones de transmisión sexual.
- Caricias, masajes, besos, abrazos.
- Sexo vaginal, anal, oral sin intercambio de fluidos, con utilización de una barrera protectora, condón, campo de látex.
- Fidelidad mutua con un compañero /a que no está infectado /a. Es la opción personal de tener relaciones sexuales con una sola pareja y que esta a su vez opte por lo mismo; para así excluir el riesgo de ser infectado por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Evitar insertar los dedos en la vagina o en el recto si hay llagas abiertas o presentes en las manos o en los dedos.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Evitar el sexo con personas que tienen múltiples parejas.
- Evitar el sexo con trabajadoras(es) de sexo comercial y usuarios(as) de droga inyectada.
- Evitar compartir agujas, jeringas y otros objetos durante el uso de inyección de droga.
- Evitar sexo mientras que usa drogas o alcohol o con personas que lo hacen.



3.9. PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON ÚLCERA

3.9.1. Sífilis

a) Definición

La Sífilis es en la mayoría de los casos una enfermedad sexualmente transmisible causada por el *Treponema Pallidum*. Puede transmitirse a su vez, al tener contacto con sangre de una persona infectada y mediante transmisión vertical (madre e hijo). Si no se trata adecuadamente, el agente causal puede permanecer en el organismo toda la vida y causar lesiones en múltiples tejidos como la piel, huesos, vísceras, órganos de los sistemas nervioso y cardiovascular; que eventualmente pueden llevar a la discapacidad y a la muerte.

b) Epidemiología

La Sífilis afecta especialmente a personas jóvenes entre los 15 y los 30 años de edad. Prevalece más en las zonas urbanas y es más frecuente en los hombres que en las mujeres, particularmente en los hombres homosexuales. La Sífilis se transmite por contacto directo, durante los actos sexuales, con exudados infecciosos de lesiones iniciales húmedas, evidentes o no manifiestas de la piel o las membranas mucosas y con líquidos y secreciones orgánicas como la saliva, semen, sangre y secreciones vaginales de las personas infectadas. También por transfusión sanguínea si el donante está en la fase temprana de la enfermedad.

La enfermedad es notable por su gran variedad de presentaciones clínicas. Su evolución natural transcurre por cuatro fases o etapas conocidas como las fases primaria, secundaria, latente y terciaria o tardía. La Sífilis temprana no es mortal ni causa incapacidad grave, pero las manifestaciones tardías acortan la vida, afectan la salud y limitan la productividad del sujeto.

c) Manifestaciones Clínicas

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, la Sífilis se clasifica de la siguiente manera:



PATOLOGIA	CARACTERISTICAS
<p>Sífilis Temprana (Evolución menor de un año)</p>	<p>Sífilis Primaria: Se caracteriza por el apareamiento de una lesión ulcerada generalmente única, indolora, seca, en la región genital (aunque se han reportado en otros sitios del cuerpo), conocida como chancro sifilítico o chancro primario. La lesión puede desaparecer en forma espontánea en una a dos semanas.</p>
	<p>Sífilis Secundaria: Caracterizada por lesiones muco cutáneas y adenopatías. Es una de las etapas más infectantes de la enfermedad. Puede aparecer unas seis semanas después de la infección primaria y puede desaparecer en forma espontánea en 1 a 2 semanas. Las lesiones involucran palmas de las manos y plantas de los pies.</p>
	<p>Latente Temprana: No hay ninguna manifestación clínica y usualmente el diagnóstico se hace por los estudios serológicos específicos o inespecíficos. Es una de las formas más frecuentes de la práctica clínica.</p>
<p>Sífilis Tardía (Evolución mayor de un año)</p>	<p>Sífilis Terciaria: Caracterizada por: Síndromes cardíaco vasculares entre ellos: aneurisma aórtico, vasculitis, insuficiencia cardíaca. Síndromes neurológicos: locura, ataques de los nervios craneales (oftálmico y auditivo) y: Lesiones Gomas. Las lesiones son irreversibles y el paciente es de baja infectividad.</p>
	<p>Sífilis Latente Tardía: No hay manifestaciones clínicas, los exámenes serológicos son positivos y para fines de tratamiento se maneja igual que una Sífilis terciaria. Aquí se incluye también la Sífilis de evolución desconocida.</p>
<p>Otras formas</p>	<p>Sífilis más embarazo: Un síndrome clínico que puede comprender: abortos repetitivos, retardo de crecimiento intrauterino, muerte neonatal.</p>
	<p>Sífilis Congénita: En el recién nacido puede encontrarse: ictericia, hepato-esplenomegalia, lesiones muco cutáneas, deformación en miembros inferiores (tibia en sable), deformidad del paladar duro, dientes de Hutchinson. Se sospecha ante todo hijo(a) de madre con historia de Sífilis no tratada o mal tratada.</p>

d) Apoyo Diagnóstico



Campo oscuro: Esta técnica es útil en lesiones de Sífilis primaria o secundaria y consiste en la visualización del treponema a partir de una muestra de secreción.

Test serológico: No treponémicos y Treponémicos.

No treponémicos: Las más usadas son VDRL y RPR que son equivalentes, pero no son comparables entre sí: Detectan una cardiolipina liberada de la célula infectada por el treponema y son positivas 2 ó 3 semanas después de la infección.

Treponémicos: Son pruebas confirmatorias que detectan anticuerpos (IG) contra el treponema. Suelen permanecer positivas toda la vida aún en ausencia de la enfermedad y son específicas. No son útiles para el seguimiento de los casos. Entre estas se conocen:

- ◆ FTA-ABS: Pruebas de inmuno fluorescencia donde se usan los rayos ultravioleta.
- ◆ MHA-TP: Prueba de microhemaglutinación,(es la más recomendable.)
- ◆ HATIS: Se utiliza glóbulo rojo de pavo. No es muy utilizado.

e) Tratamiento

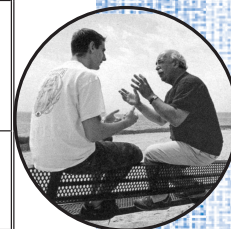
ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

CLASIFICACIÓN	REGIMEN RECOMENDADO		REGIMEN ALTERNATIVO	
	Droga	Dosis	Droga	Dosis
Sífilis Primaria, Secundaria y Latente Temprana	Penicilina G Benzatínica	2.4 mill. UI IM En una sola dosis	Penicilina G Procaínica	1.2 mill. UI IM /10 días
	Pacientes embarazadas alérgicas a la Penicilina*		Eritromicina	500 mgs. VO 4 veces/día /dos semanas
			Cefoxime	800 mgs. IM dosis única
	Pacientes no embarazadas alérgicas a la Penicilina		Tetraciclina	500 mgs. VO 4 veces/día/2 semanas
Doxiciclina			100 mgs VO 2 veces/día/2 semanas	

Continuación...

CLASIFICACIÓN	REGIMEN RECOMENDADO		REGIMEN ALTERNATIVO	
	Droga	Dosis	Droga	Dosis
Sífilis Latente Tardía, de Evolución desconocida y Sífilis Terciaria	Penicilina G Benzatínica	2.4 mill. UI IM /semana/3 semanas	Penicilina G Procaínica	1.2 mill. UI IM/día/20 días consecutivos
	Sífilis Latente Tardía en pacientes embarazadas alérgicas a la Penicilina*		Eritromicina	500 mgs. VO 4 veces/día /30 días
	Sífilis Latente Tardía en pacientes no embarazadas alérgicas a la Penicilina		Tetraciclina	500 mgs. VO 4 veces/día/30 días
Doxiciclina			100 mgs VO 2 veces/día/30 días	
Neurosífilis (manejo hospitalario por especialista)	Penicilina G Sódica	2 a 3 mill. UI IV c/4 horas/14 días	Penicilina G Procaínica Asociado a: Probenecid	2.4 mill. UI IM/día/10 a 14 días 500 mgs. VO/10 a 14 días
Sífilis Congénita en menores de 2 años	Penicilina G Sódica	50,000 UI/Kg IV c/12 horas durante los primeros 7 días de vida o c/8 horas después de ese tiempo /10 a 14 días	Penicilina G Procaínica	50,000 UI/Kg IM/día/10 a 14 días
	Alérgicos a la Penicilina: Considerar esquema de desensibilización a la Penicilina			
Sífilis Congénita en mayores de 2 años	Penicilina G Sódica	50,000 UI/Kg IV o IM c/4 a 6 horas/14 días		
	Alérgicos a la Penicilina mayores de 6 meses: indicar esquema de desensibilización		Eritromicina	7.5 12.5 Mg./Kg. VO 4 veces /día/30 días

* Referir a un establecimiento de salud donde pueda aplicarse esquema de desensibilización a Penicilina



f) Criterio de derivación

Los casos sospechosos de Neurosífilis, Sífilis Cardiovascular, Sífilis Congénita deben ser referidos al especialista para comprobar el diagnóstico y recibir el tratamiento recomendado a nivel hospitalario



g) Seguimiento y prevención

El seguimiento se hará con pruebas serológicas no treponémicas a los 3, 6 y 12 meses respectivamente para investigar reinfección. En los casos de Sífilis Congénita el seguimiento se hará al nacimiento, al mes y luego cada 3 meses y en pacientes con Sífilis cardiovascular y neurosífilis deberán ser seguidos por muchos años incluyendo examen de líquido cefalorraquídeo, si es necesario.

Los pacientes que cumplan las siguientes condiciones, deberán repetir tratamiento: signos o síntomas clínicos de Sífilis persistentes o recurrentes; incremento de 4 diluciones en el título del VDRL o RPR, y títulos de VDRL 1:8 o más persistente por un año o más.

Aunque el treponema se considera un germen de baja infectividad, deberá indicarse abstinencia de las relaciones sexuales o uso de preservativos hasta que los títulos serológicos se consideren estables. Asimismo, deberá ofrecerse la consejería correspondiente al cambio de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo e insistir en la toma de prueba para el VIH.

3.9.2. Chancro Blando

a) Definición

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por una bacteria llamada *Haemophilus ducreyi*. Se caracteriza por la presencia de lesiones ulcerosas a nivel genital, con frecuencia acompañadas de inflamación dolorosa y supuración de los ganglios linfáticos en la región afectada (bubones). El periodo de incubación es de 4 a 8 días.

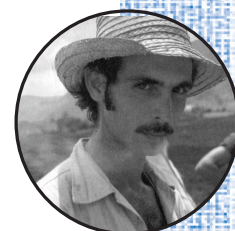
b) Epidemiología

Afecta con mayor frecuencia a los hombres en una proporción de 1 a 10. La mujer puede ser asintomática. No existen diferencias particulares de incidencia según la edad o raza. Se transmite por contacto sexual directo con las secreciones de lesiones abiertas y con el pus de los bubones.

El periodo de transmisión se mantiene mientras persiste el agente infeccioso en la lesión original o en las secreciones de los ganglios linfáticos de la zona afectada, por lo general hasta que se logra la cicatrización.

c) Manifestaciones Clínicas

Después de un tiempo comprendido entre los 3 y 5 días del acto sexual infectante, se presente una lesión en forma de vesícula dolorosa que posteriormente se convierte en una úlcera sumamente dolorosa de bordes socavados, húmeda, fondo sucio y mal oliente. Las lesiones, generalmente en número de 2 o 3, pueden localizarse en el prepucio, surco balanoprepucial y frenillo. En la mujer afecta los labios mayores, clítoris y región peri anal. Tanto en la mujer como en el hombre se acompaña de inflamaciones de los ganglios linfáticos generalmente de un solo lado, las cuales son muy dolorosas y supurantes.



d) Apoyo Diagnóstico

- ◆ Frotis de la lesión con coloración Gram, Right o Giemsa, dando la imagen de una fila de peces.
- ◆ Cultivo y estudio histopatológico.
- ◆ Debe enviarse prueba de serología de sífilis (V.D.R.L o R.P.R.) e insistir en la toma de prueba para el VIH, dado que actúan como cofactores.

e) Tratamiento

UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES			
REGIMEN RECOMENDADO		REGIMEN ALTERNATIVO	
Droga	Dosis	Droga	Dosis
Azitromicina	1 gr. VO Dosis única	Trimetroprim Sulfametoxazole 160/800	VO 2 veces dia/7 dias.
Ceftriaxone (Opción en embarazadas)	250 mgs IM Dosis única	Amoxicilina 500mgs. + 125 mgs. de Ácido clavulánico (Opción en embarazadas)	VO 3 veces dia/7 dias.
Ciprofloxacina	500 mgs. VO 2 veces día/3 días		
Eritromicina (Opción en embarazadas)	500 mgs. VO 4 veces dia/7dias.		

Nota: Ciprofloxacina está contraindicada en embarazadas, mujeres lactando y menores de 18 años.

f) Seguimiento y prevención

El tratamiento recomendado debe ser extensivo a la(s) pareja(s) sexual(es) independientemente si existen o no síntomas y a todos aquellos contactos en los 10 días precedentes al diagnóstico. Pueden coexistir Chancro Blando e infección por el VIH, lo cual aumenta las fallas del tratamiento requiriendo que este sea más prolongado.

El control debe hacerse semanal hasta comprobar mejoría clínica. El bubón inguinal generalmente tiende a drenar en forma espontánea, caso contrario se puede drenar mediante aspiración y no por incisión. En la úlcera únicamente se requiere de limpieza local con agua y jabón. Deben suspenderse las relaciones sexuales hasta que haya desaparecido la lesión. Recomendar uso de preservativos y las medidas educativas necesarias.

3.9.3. Linfogranuloma Venéreo

a) Definición

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis* Cepas L, L2, L3. Se caracteriza por la presencia de una lesión genital y compromiso severo de los ganglios linfáticos.

b) Epidemiología

La incidencia de esta enfermedad es mayor durante el período de actividad sexual más intensa; no son importantes las diferencias entre mujeres y hombres; a menudo las personas son asintomáticas, en particular las mujeres. Se transmite por contacto directo con lesiones abiertas de personas infectadas, por lo regular durante el acto sexual y el lapso de transmisión es variable, de semanas a años, mientras existan lesiones activas.

c) Manifestaciones Clínicas

Clínicamente la enfermedad puede dividirse en 3 etapas:

Primaria: Se inicia con una pápula que se convierte en una pústula y que posteriormente se transforma en úlceras dolorosas en la región genito perineal. Estas lesiones pueden desaparecer en forma espontánea en un periodo de 10 días. Puede haber uretritis inespecífica.

Secundaria: Caracterizada por un ataque ganglionar pudiendo aparecer una adenopatía inguinal, generalmente unilateral y que se evidencia después de 10 a 30 días de la lesión primaria.

Terciaria: Síndrome ano genital. Si la enfermedad no es tratada adecuadamente en las etapas anteriores, aparecen complicaciones a nivel ano rectal caracterizadas por proctocolitis, destrucción del tabique ano rectal con fistulización, además uretritis y linfadenitis regional conocida como Elefantiasis. En esta etapa de la enfermedad quedan secuelas permanentes no obstante el tratamiento. Esto ultimo, es frecuente en homosexuales o cuando hay un contacto sexual anal. Se considera que esta enfermedad es cofactor para el VIH.



d) Apoyo Diagnóstico

- ◆ Frotis de la secreción. Puede encontrarse muestras “limpias” (no observación de bacteria alguna) con 10 o más polimorfo nucleares por campo en objetivo 100x.
- ◆ Cultivo para Clamidia (de difícil acceso)
- ◆ Pruebas serológicas: principalmente fijación de complemento o anticuerpos monoclonales para clamidia.
- ◆ Test de Frei: Es una reacción cutánea similar a la tuberculina. Se observa la reacción que se presenta a la inyección de secreción contaminada.
- ◆ En la mujer debe hacerse citología cervico-vaginal
- ◆ Recomendable V.D.R.L basal y prueba de VIH.

e) Tratamiento

UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES	
Droga	Dosis
Doxiciclina	100 mgs. VO 2 veces dia durante 3 semanas.
Clorhidrato de Tetraciclina	500 mgs. VO 4 veces dia durante 3 semanas.
Eritromicina (Opción en embarazadas)	500 mgs. VO 4 veces dia durante 3 semanas.

Estos esquemas deben ser administrados en igual forma a la(s) pareja(s) sexual(es).

f) Seguimiento y prevención

El tratamiento recomendado debe ser extensivo a la(s) pareja(s) sexual(es) que hayan tenido contacto en las 4 semanas precedentes al diagnóstico. Se debe recomendar el uso de preservativos, medidas educativas acerca de la evolución de la enfermedad y necesidad de cumplimiento del tratamiento.

El seguimiento deberá efectuarse semanalmente hasta la resolución clínica de la enfermedad sin olvidar investigar cofactores (V.D.R.L. y VIH).



3.9.4. Herpes Genital

a) Definición

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por dos tipos de virus: Herpes Hominis tipo I y tipo II. Se caracteriza por la presencia de lesiones en las áreas genitales, largos períodos de latencia o ausencia de síntomas y una tendencia a reaparecer en forma localizada. Es una enfermedad hasta el presente incurable. El periodo de incubación es de 2 a 7 días.

b) Epidemiología

La enfermedad es producida por dos tipos de virus del herpes, el tipo I y tipo II (HSV-I y HSV-II), preferentemente el tipo II. El Herpes Hominis tipo I afecta cara y labios. Teóricamente las lesiones pueden ser causadas por los 6 diferentes serotipos que atacan al hombre dada que su única diferencia es su cubierta lipídica.

Estos serotipos son los siguientes: Herpes virus tipo I, Herpes virus tipo II, Virus de la varicela Zoster, Virus de Epstein Barr y el Virus de Inclusión Citomegálica. Recientemente se incluye e Virus tipo 6.

Es una infección con grandes implicaciones psicológicas por la molestia de los síntomas que produce y la frecuencia de las recurrencias. Se ha observado una tendencia al incremento de los casos. La transmisibilidad de la enfermedad puede ser vía sexual, sanguínea, auto inoculación, transplacentaria (poco frecuente) y contaminación intraparto

c) Manifestaciones Clínicas

Transcurrido un período, comprendido entre 1 y 5 días después del acto sexual infectante, aparecen lesiones cutáneas o en las mucosas en forma de pápulas y vesículas confluentes, que producen escozor, generalmente muy dolorosas y que se localizan en el prepucio o cabeza del pene, en la vagina y cuello del útero, acompañadas de otros síntomas generales como fiebre, malestar y dolores musculares.

Las lesiones pueden desaparecer en 1 o 2 semanas en forma espontánea, constituyendo el primer ataque. Posteriormente el virus se replica y se aloja en los ganglios nerviosos, generalmente ganglios del nervio sacro. A partir de ese momento puede estar originando recurrencias sintomáticas o asintomáticas cada vez que haya reactivación viral.

La mujer embarazada puede sufrir un aborto o parto prematuro. Además, la infección se transmite niño(a) en el momento del parto. En el recién nacido la infección es muy grave por el compromiso sistémico severo del sistema nervioso central que origina convulsiones y la muerte.



d) Apoyo Diagnóstico

- ◆ Examen citológico y colposcópico
- ◆ Test serológico, el cual no distingue serotipos de herpes puesto que detectan glicoproteínas virales que son comunes a toda la familia del herpes y suelen permanecer positivos durante toda la vida a partir del momento de la primoinfección.
- ◆ Cultivos virales. Solo se indican en casos especiales.

e) Tratamiento



ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN POR HERPES

CLASIFICACIÓN	UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES	
	Droga	Dosis
Primer episodio	Aciclovir	200 mgs. VO 5 veces día/7 a 10 días o hasta que la resolución clínica es obtenida
	Valacyclovir	1 gr. 2 veces día/7 a 10 días
Episodio recurrente	Aciclovir	200 mgs. VO 5 veces día/5 días
	Aciclovir	400 mgs. VO 3 veces día/5 días
	Aciclovir	800 mgs. VO 2 veces día/5 días
	Valacyclovir	500 mgs. VO 2 veces día/5 días
Terapia Supresiva (Después de un año de terapia supresiva continua debe evaluarse su continuación con el paciente)	Aciclovir	400 mgs. VO 2 veces día/3, 6 ó 12 meses en forma continua
	Valacyclovir	1 gr. VO 2 veces día/3, 6 ó 12 meses continuos
En aquellos pacientes con persistencia de actividad viral infecciosa con 6 o más episodios por año, la terapia con Aciclovir puede reducir la recurrencia hasta en el 75%		
Herpes Sistémico Severo (Incluye Encefalitis, Neumonitis y Hepatitis)	Aciclovir	5 a 10 mgs./Kg. IV c/8 horas /5 a 8 días o hasta encontrar una mejoría clínica

Herpes y embarazo

CLASIFICACIÓN	TRATAMIENTO
Primer trimestre	No se recomienda el uso de Aciclovir y solo se deben dar medidas locales, excepto en casos severos.
Segundo trimestre	Solo se tratarán casos de recurrencias severas.
Tercer trimestre	Se dará tratamiento de acuerdo a los esquemas mencionados anteriormente para el primer episodio y recurrencias.

f) Seguimiento y prevención

La enfermedad no deja inmunidad y puede haber persistencia perenne del virus, debido a que puede permanecer dentro de los ganglios nerviosos por toda la vida y por ende, la enfermedad puede recurrir aun en ausencia de vida sexual activa. La recurrencia puede ser sintomática o asintomática (10%) pero igualmente son infectantes. No está indicado administrar antivirales entre un episodio y otro, si no cumple con los criterios para aplicar terapia supresiva.



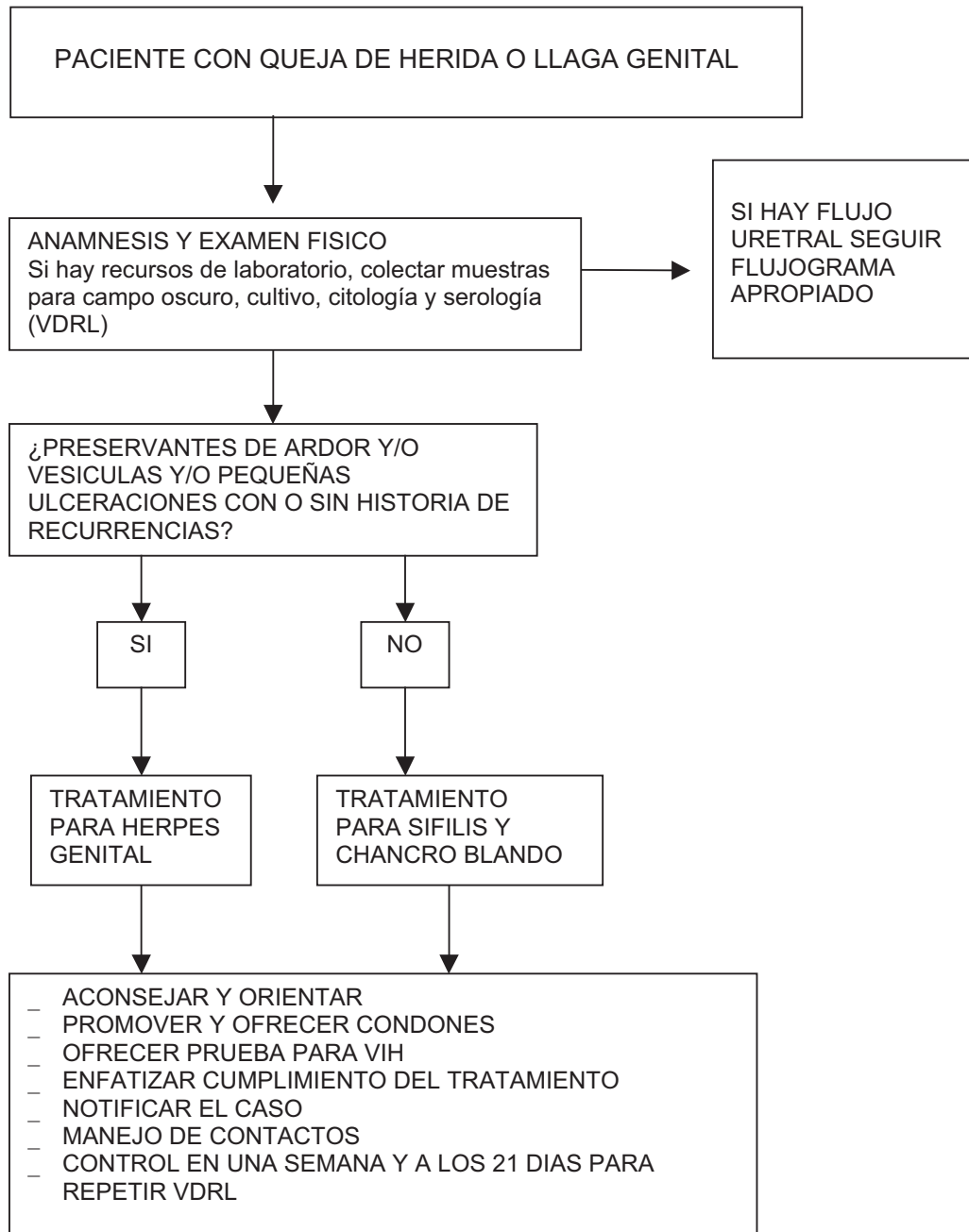
Explicar al paciente y su pareja las siguientes medidas y recomendaciones:

- ◆ No existe una forma absoluta de prevención.
- ◆ La abstinencia de relaciones sexuales mientras las lesiones estén presentes.
- ◆ Uso de preservativo durante todas las relaciones sexuales.
- ◆ Tomar citología cervico-vaginal en toda mujer que se diagnostique herpes genital.
- ◆ Explicar a la pareja el riesgo peri natal. Es sumamente alta la frecuencia de infección fetal si la madre esta infectada al momento del parto o presenta una recurrencia durante el mismo periodo. Por ende, en toda mujer con antecedentes de herpes y embarazo debe tenerse especial cuidado e el último trimestre del embarazo o el parto, ordenando si es necesario anticuerpos específicos antivirales para evaluar la terapia antiviral y la vía de terminación del parto.
- ◆ Recomendar con especial énfasis prueba para VIH, puesto que el herpes es cofactor para dicha infección y a la vez una enfermedad oportunistas en SIDA.
- ◆ Toma de serología de sífilis (V.D.R.L. o R.P.R).
- ◆ El tratamiento debe recomendarse a la(s) pareja(s) sexual(es) sintomáticas y ofrecer consejería.
- ◆ Se sugiere control en una semana post-tratamiento.

PATOLOGIAS QUE CURSAN CON ULCERA

- ◆ Sífilis
- ◆ Chancro blando
- ◆ Linfoceloma Venéreo
- ◆ Herpes Genital

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA QUE CURSAN CON ULCERA



3.10. PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON SECRECIÓN URETRAL

3.10.1. Gonorrea

a) Definición

La Gonorrea es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Es muy común en la transmisión sexual y presenta manifestaciones diferentes tanto en el hombre como en la mujer.



b) Epidemiología

La Gonorrea se transmite por contacto con exudados de las membranas mucosas de los sujetos infectados, casi siempre como consecuencia de la actividad sexual. Se estima en un 70% la posibilidad de contagio al tener una relación sexual con una persona infectada. En los niños(as) mayores de un año con gran frecuencia se da por abuso sexual o violación. La transmisión de la enfermedad puede durar meses o años en ausencia de tratamiento, especialmente en personas asintomáticas. Actualmente el tratamiento eficaz suele interrumpir la transmisibilidad en cuestión de horas. El período de incubación es generalmente de 2 a 7 días. La enfermedad puede asociarse hasta en un 40% con infección por Clamidia.

c) Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas son diferentes en hombres y mujeres en su evolución, gravedad y facilidad con que se las identifica. La mayoría de los hombres son sintomáticos. Aparece una secreción purulenta de la uretra anterior con disuria y a veces dolor testicular, la cual puede desaparecer por sí sola o bien extenderse hasta la uretra posterior y producir epididimitis y ocasionar un estado de portador asintomático. La infección del recto, común entre los hombres homosexuales, a veces es asintomática, pero puede producir secreciones y dificultad para orinar.

En las mujeres, unos cuantos días después de la exposición aparece uretritis o cervicitis inicial, a menudo tan leve que pasa inadvertida. Es común la infección endocervical crónica. En las niñas puede aparecer vulvovaginitis gonocócica después del contacto genital directo con exudado de adultos infectados.

En ambos sexos surgen con frecuencia infecciones faríngeas y anales. En los adultos rara vez hay conjuntivitis. Se pueden presentar lesiones cutáneas, endocarditis y meningitis. La muerte es rara, excepto en los casos de endocarditis.



La Oftalmia Gonocócica se presenta especialmente en recién nacidos quienes son contagiados en el paso a través del canal del parto o a por medio de contaminación directa con secreciones, toallas, manos, etc.. la infección se manifiesta entre el 1º y el 13º día después del nacimiento, generalmente en el tercer día y puede encontrarse blefaroconjuntivitis, uveítis y hasta pérdida del órgano afectado.

PRINCIPALES COMPLICACIONES	
En mujeres:	<ul style="list-style-type: none"> - Salpingitis Aguda o Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda (EPIA) que pueden conllevar a: - Daño tubárico - Esterilidad - Embarazo ectópico.
En hombres:	<ul style="list-style-type: none"> - Epididimitis - Orquitis - Esterilidad
En ambos:	<ul style="list-style-type: none"> - Gonococemia (Síndrome Dermatitis-Artritis Aguda) - Hepatitis - Endocarditis - Meningitis

d) Apoyo Diagnóstico

Frotis con coloración de Gram: Visualización de diplococos Gram (-) intracelulares, en muestra obtenida de cerviz, recto o uretra.

Cultivo de secreción en medio apropiado (Thayer-Martin, agar chocolate): Deberá ser indicado solamente en casos de duda diagnóstica o sospecha de resistencia bacteriana.

En la Oftalmia Gonocócica no es recomendable el Gram por la presencia de Neisserias saprofíticas que confunden el diagnóstico. La confirmación definitiva se hace a través de un cultivo de la secreción.



e) Tratamiento

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE INFECCIÓN GONOCOCICA

CLASIFICACIÓN	UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES				
	REGIMEN RECOMENDADO		REGIMEN ALTERNATIVO		
	Droga	Dosis	Droga	Dosis	
Uretritis	Ceftriaxona (Puede usarse en embarazadas y niñas/os).	250 mgs. IM dosis única	Kanamicina	2 gr. IM dosis única	
	Ciprofloxacina (No usar en niñas/os y embarazadas).	500 mgs. VO dosis única	Trimetoprim- Sulfametoxazole 80/400	4 Tab VO dosis única	
	Cefixime.	400 mgs. VO dosis única			
	Espectinomocina (Se puede usar en embarazadas)	2 gr. IM dosis única			
	Nota: si no existe forma de investigar Clamidia, administrar simultáneamente cualquiera de los esquemas siguientes:				
	Doxiciclina o Minociclina	100 mgs. VO 2 veces día/7 días			
	Clorhidrato de Tetraciclina	500 mgs. VO 4 veces día/7 días			
	Eritromicina	500 mgs. VO 4 veces día/7 días (esquema sugerido en embarazadas)			
Gonorrea Faríngea	Cualquiera de los esquemas anteriores excepto Espectinimocina				
Oftalmia Gonocócica (Adultos)	Ceftriaxona	1 gr. IM dosis única			
	Espectinomocina	2 gr. IM dosis única			
Oftalmia Gonocócica (Niños/as)	Ceftriaxona (Precaución en prematuros extremos o ictericos)	25 a 50 mgs./Kg IV o IM dosis única			
	Cefotaxime	25 mgs/Kg IV o IM dosis única			

Nota: La Penicilina sólo está indicada si hay un cultivo que demuestre sensibilidad al antibiótico.

f) Criterio de derivación

Todos los pacientes que presentan complicaciones o requieren tratamiento intrahospitalario deben ser referidos oportunamente al nivel de complejidad que corresponda.



3.10.2. Infección por Clamidia

a) Definición

La infección por Clamidia es una enfermedad infectocontagiosa causada por el microorganismo *Chlamydia trachomatis* (inmunotipo D-K), el cual es un parásito intracelular obligado no visible al microscopio de luz. La enfermedad tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas y es considerada la causa más frecuente de uretritis no gonocócica.

b) Epidemiología

Constituye una de las infecciones más frecuentes sobre todo en adolescentes y población joven entre 20-24 años sexualmente activos y en personas con múltiples parejas sexuales y en general en conductas sexual de riesgo.

c) Manifestaciones Clínicas

La sintomatología es insidiosa. Muchos casos pueden cursar en forma asintomática tanto en hombres como en mujeres. En la mujer suele encontrarse: leucorrea muco purulenta, disuria, cérvix eritematoso y friable. Es causa de Bartholinitis. Asimismo puede ocurrir: Salpingitis, Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda, Absceso Tuboovarico y puede llegar a provocar esterilidad. También se han descrito casos de Peri hepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).

En la mujer embarazada es causa de pérdida fetal repetida o retardo del crecimiento intrauterino. En el hombre puede ser causa de uretritis con secreción mucosa, epididimitis, prostatitis y esterilidad.

d) Apoyo Diagnóstico

En la mujer: Examen de frotis de secreción: 10 o más polimorfo nucleares sin germen patógeno visible obtenido de una muestra de endocervix. Vista al microscopio con lente 100x.

En el hombre: Frotis de secreción: 5 o más polimorfo nucleares sin germen patógeno visible de una muestra de exudado uretral tomada de 2 o 3 cms. Dentro de la uretra y vista al microscopio con lente 100x .

Además, para ambos:

- ◆ Anticuerpos monoclonales para Clamidia (ELISA) de secreción o marcadores serológicos.
- ◆ Cultivo en medio de PPLO. No es recomendable por sus dificultades técnicas.
- ◆ Citología cervico-vaginal: mediante cambios celulares observados (indirecto).
- ◆ V.D.R.L basal.



e) Tratamiento

UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES			
REGIMEN RECOMENDADO		REGIMEN ALTERNATIVO	
Droga	Dosis	Droga	Dosis
Azitromicina	1 gr. VO dosis única	Ofloxacina	300 mgs. VO 2 veces día/7 días. (contraindicada en el embarazo).
Doxiciclina o Minociclina	100 mgs. VO 2 veces día/7 días (contraindicada en el embarazo).	Sulfisoxazole	500 mgs. VO 3 veces día/10 días vía oral. (De eficacia inferior a los esquemas mencionados). Esta contraindicado al final del embarazo y durante la lactancia.
Clorhidrato de tetraciclina	500 mgs. VO 4 veces día/ 7 días (contraindicada en el embarazo).	Amoxicilina	500 mgs. VO 3 veces día/7 a 10 días. Vía oral. (Alternativa en el embarazo).
Eritromicina	500 mgs. VO 4 veces día/7 días. (Esquema sugerido en mujeres embarazadas).		

f) Seguimiento y prevención

- ◆ Pacientes infectados con VIH, se tratan en la misma forma que se ha señalado.
- ◆ Tratar siempre a las parejas sexuales con regímenes similares incluidos los contactos dentro de los últimos 60 días.

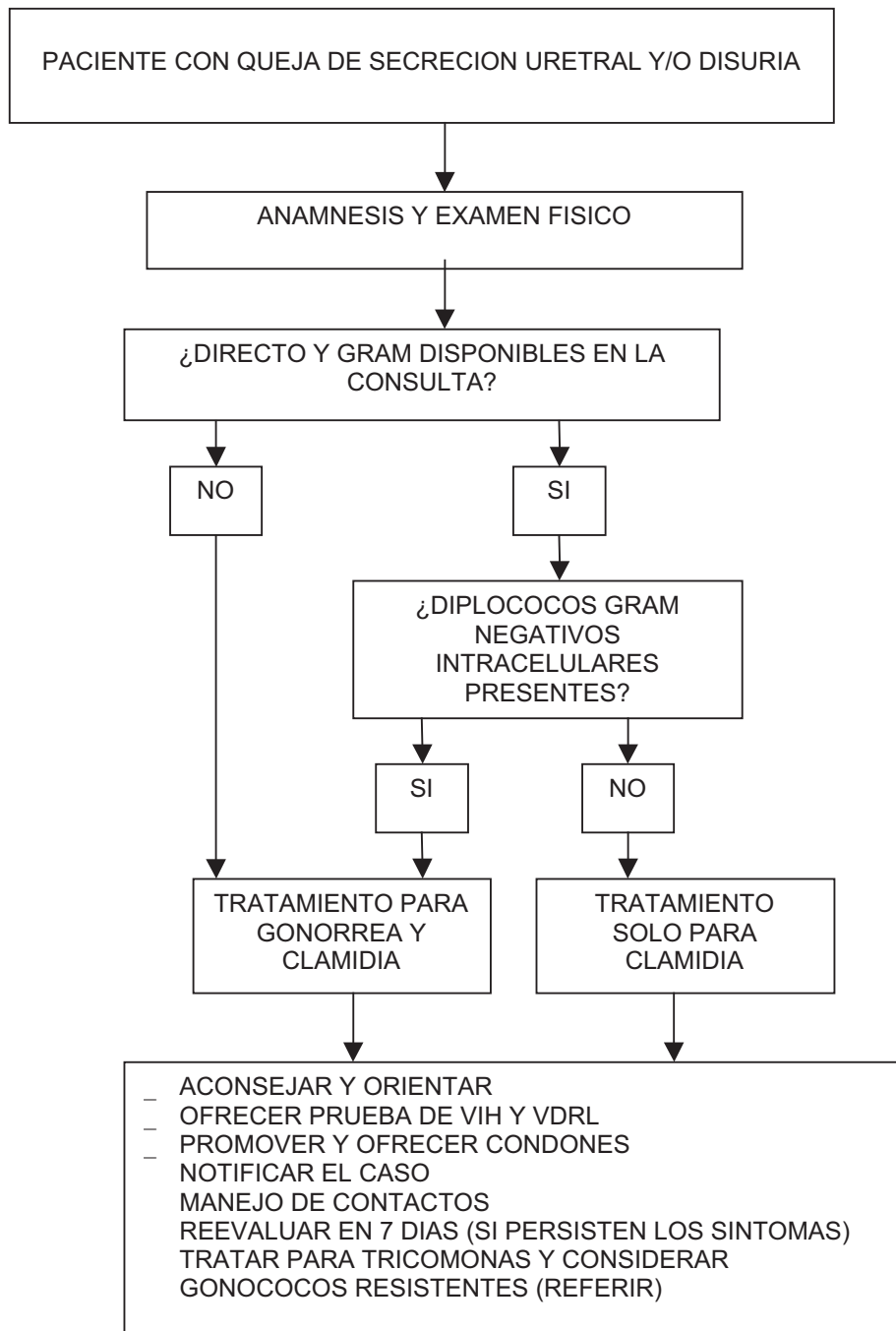


- ◆ Evitar las relaciones sexuales hasta que el paciente y sus parejas estén curados.
- ◆ Notificación de los(as) compañeros(as) sexuales por el departamento de salud correspondiente.
- ◆ Estos esquemas deben ser administrados en igual forma a la(s) pareja(s) sexual(es) así como consejería, promoción y dotación de condones. La consejería debe incluir lo relacionado a la prueba del VIH.
- ◆ Los pacientes deben ser citados una semana después del tratamiento.
- ◆ Si se usa Doxicilina o Azitromicina, no se necesita realizar exámenes de control, a menos que haya persistencia de síntomas.

PATOLOGIAS QUE CURSAN CON SECRECIÓN URETRAL

- ◆ Gonorrea
- ◆ Infección por Clamidia

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON SECRECIÓN URETRAL



3.11. PATOLOGÍAS CON PRESENCIA DE VERRUGAS

3.11.1. Condiloma Acuminado o Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH)



a) Definición

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por el Virus del Papiloma Humano el cual pertenece a la familia de los Papovavirus. Se caracteriza por presentar lesiones con aspecto de coliflor en la piel y en la mucosa de las áreas genitales internas y externas. El Periodo de incubación de la enfermedad es de 3 semanas a 8 meses, con un promedio de 3 meses.

b) Epidemiología

La incidencia mundial es del 10%, aunque en nuestro país el porcentaje parece ser más alto. Además de la transmisión sexual, también puede contagiarse a través de la vía sanguínea y la auto inoculación. El 30% de los pacientes pueden curarse de forma espontánea. El 35% tiene lesiones recurrentes y no existe tratamiento específico de erradicación del virus.

c) Manifestaciones Clínicas

Se conocen 63 serotipos diferentes del V.P.H., de los cuales el 55, el 11 y el 6, causan lesiones en el humano. Los serotipos 16 y 18 se consideran oncogénicos. Clínicamente dan origen a las lesiones con aspecto de verrugas de color rosado o rojo llamadas condilomas que pueden ser exofíticas o planas, que atacan órganos genitales, ano y boca. Las lesiones pueden acompañarse de picazón y ardor.

En los últimos tiempos la enfermedad ha aumentado significativamente y se conoce muy bien su asociación directa con el cáncer del cuello uterino de la mujer (neoplasia intraepitelial cervical (NIC)). La infección en el hombre puede pasar inadvertida por la ausencia de síntomas que permitan su detección. En el niño, causan papilomatosis laríngea. Se reportan casos de carcinoma genital en el hombre.

d) Apoyo Diagnóstico

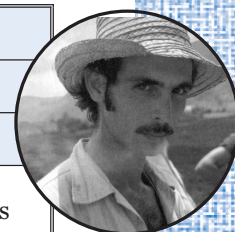
Además de las lesiones clínicas, el diagnóstico puede hacerse mediante:

- ◆ Biopsia con o sin dirección colposcópica. En lesiones del cervix deben ser dirigidas por colposcopia.
- ◆ Citología: Este estudio debe practicarse en toda paciente con IVPH aun si tuviere papanicolau reciente.

e) Tratamiento

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DEL CONDILOMA VIRAL

LOCALIZACIÓN	UNO DE LOS ESQUEMAS SIGUIENTES			
	Tratamiento elección		Tratamiento alterno	
	Droga	Dosis	Droga	Dosis
Genitales externos peri anales	Podofilina al 25% en Tintura de benzoina o benjuí	Aplicar semanalmente en cada verruga, previa aplicación de vaselina alrededor de la lesión. Enjuagar 4 horas después de la aplicación con agua y jabón.	Crioterapia (Nitrogeno Líquido) o Electrocirugía, resección quirúrgica	Mensual por 5 meses
	Podofilotoxina (Condilox)	Aplicar 3 veces por semana		
	Ácido Tricloro Acético al 80%	Aplicar en cada lesión una vez por semana. (Aplicar bicarbonato de sodio en áreas adyacentes para evitar quemaduras)		
Vaginales, cervicales	Ácido Tricloro Acético al 80%	Proteger área en la localización vaginal	Crioterapia	Se recomienda ordenar uretroscopía
Orales	Resección quirúrgica		Crioterapia	Mensual por 6 meses
Embarazadas	Electro cirugía. Se puede utilizar el Ácido Tricloro Acético al 80%		Resección quirúrgica	Mensual. Después según criterios anteriores
Intrauretrales	Debe remitirse para evaluación por urólogo.			
Se contraindica el uso de la Podofilina en embarazadas, verrugas orales y áreas extensas por su absorción y toxicidad				



IVPH y Embarazo: La enfermedad tiende a empeorar durante el embarazo y la mayoría de lesiones tiene que manejarse en forma expectante sobre todo las cervicales. En lesiones vaginales o genitales externas puede emplearse Ácido Tricoloroacetico, crioterapia o cauterio.

Cuando hay verrugas que ocluyen el canal del parto puede considerarse la terminación de parto por cesárea.

f) Seguimiento y prevención

- ◆ 35% de los(as) pacientes pueden tener recurrencia en los 8 meses posteriores al descubrimiento de la lesión, aun sin tener vida sexual y debe alertarse a la pareja en relación a esta posibilidad.
- ◆ Idealmente deben ser tratadas y examinadas todas las parejas sexuales.
- ◆ Debe promoverse el uso del preservativo para disminuir contagio a parejas no infectadas dado que la infectabilidad puede darse aun sin lesiones visibles.
- ◆ Debe darse orientación y consejería para la toma del VIH.
- ◆ En toda mujer con IVPH debe tomarse citología cervico-vaginal.

3.12. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA-SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA)

a) Definición

Es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la **Inmuno Deficiencia Humana** VIH (tipo I y II), el cual actúa produciendo un daño del sistema inmunológico, lo que origina que la persona se encuentre cada vez más indefensa frente a las demás infecciones y algunos tipos de cáncer.

Es un retrovirus perteneciente a la subfamilia de los Lentivirus. Ataca ciertas células del sistema inmunológico: Linfocitos, Sistema Fagocítico Mononuclear, células Gliales, células Enterocromofines y Endoteliales. Invade principalmente los Linfocitos CD4 colaboradores y que son los precursores potenciales de la inmunidad humoral y celular.

b) Epidemiología

El panorama general a nivel mundial muestra que los casos informados siguen siendo muy inferiores a las proyecciones que se tienen de la infección, aunque en todos los continentes el número de casos está aumentando en forma progresiva. Cada año hay un millón de nuevos casos de infección por VIH.



Las vías probadas de transmisión del virus son:

1. Contacto Sexual: Semen, secreciones Cérvico-vaginales.
2. Sangre y sus derivados: transfusiones de sangre infectada, uso de jeringas y agujas contaminadas, transplante de órganos, uso de cepillos de dientes, hojas de afeitar etc.
3. Peri natal o Vertical: Durante el embarazo, parto y lactancia materna.



Formas de No Transmisión:

- ◆ No se ha demostrado la transmisión del virus a través de otros fluidos biológicos como lagrimas, saliva, sudor, orina o heces.
- ◆ No se transmite por contactos casuales como abrazos, darse la mano, uso de servicios sanitarios.
- ◆ No se transmite tampoco por la picadura de insectos.

c) Manifestaciones Clínicas

Según los síntomas la infección se clasifica en cuatro grupos:

Grupo I: Infección Aguda: Del 10 al 30% de personas infectadas, experimentan, entre las 3 y 6 semanas después de la infección, una enfermedad similar a la Mononucleosis Infecciosa, caracterizada por cefalea, fiebre, artralgias, mialgias, erupción cutánea maculo-papular, dolor abdominal, diarrea, artropatía y esplenomegalia. No presentan cambios inmunológicos detectables por el laboratorio y no todos son positivos a la prueba de defecación de anticuerpos anti-VIH.

El cuadro desaparece en forma espontánea en un lapso menor a tres semanas. Es conveniente incluir la infección por VIH dentro del diagnóstico diferencial del síndrome de Mononucleosis Infecciosa, particularmente en aquellos individuos con factores de riesgo.

GRUPO II: Infección Asintomática: Dentro de este grupo, se incluye a aquellos individuos que se sabe que están infectados por el VIH pero que no presentan evidencia de la enfermedad. Generalmente no muestran cambios inmunológicos detectables por el laboratorio. Un 60% de los casos, puede continuar asintomático por un lapso hasta de seis años. El resto evoluciona a otras etapas de la infección.



GRUPO III: Linfadenopatía Generalizada: Entre un 25 a 40% de los individuos infectados asintomático, llega a esta etapa en los primeros cinco a seis años.

Pertencen a este grupo, aquellos individuos que como consecuencia de la infección por VIH (demostrada por el laboratorio), presentan adenopatías en dos o más sitios extrainguinales durante más de un mes. Los ganglios linfáticos mas afectados son los cervicales, axilares y occipitales, aunque también pueden estar aumentados de tamaño los submaxilares y otros. Los ganglios miden de uno a cinco centímetros, son movibles y tienden a ser dolorosos. Se ha estimado que un 25% de estos casos evolucionará a SIDA en un lapso de tres años y que un 60% lo hará en los siguientes cinco años del inicio de esta etapa.

GRUPO IV: SIDA: Las manifestaciones clínicas de esta etapa permiten subdividirla en diferentes subgrupos evolutivos. (Ver anexo 4)

El diagnóstico clínico de la infección por el VIH y el de SIDA, se establece en base a los datos clínicos del paciente y de los estudios de laboratorio y gabinete que permiten confirmar la infección por VIH, valorar el estado inmunológico del paciente y establecer la existencia de infecciones o neoplasias secundarias.

Con los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio y gabinete, se integra el diagnóstico y se clasifica el grado de avance del padecimiento por etapas, de acuerdo a la clasificación propuesta por el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta. (Ver anexo 5)

d) Apoyo Diagnóstico

Pruebas presuntivas de tamizaje:

- ◆ Prueba de Anticuerpos para HIV.
- ◆ Aglutinación de partículas.

Son pruebas altamente sensibles. Las falsas positivas pueden darse en personas que han padecido de paludismo, en quienes han tenido múltiples transfusiones, enfermedades de la colágena, etc. Esta falsa positividad puede darse en un 2 al 11% según el fabricante de los test.

También puede haber falsas negativas hasta en un 15%, esto puede verse en pacientes que se encuentran en la etapa de ventana, es decir, entre las dos y doce semanas de la infección aunque se han reportado casos hasta de doce meses.

e) Tratamiento

Se presentan un listado de recomendaciones que es necesario enfatizar previo al tratamiento de ésta. Para el tratamiento específico es necesario tomar en cuenta las condiciones particulares de cada persona con la infección, las cuales son detalladas en los documentos regulatorios del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA, entre los cuales tenemos.

- ◆ Protocolos de Atención para Personas Viviendo con VIH-SIDA
- ◆ Manual para Facilitadores sobre Consejería para VIH-SIDA
- ◆ Guía para la Consejería Previa y Post Prueba del VIH-SIDA
- ◆ Guía de Nutrición para el Manejo de Personas Viviendo con VIH-SIDA



TODO PERSONA QUE HA SIDO DIAGNOSTICADO VIH POSITIVO DEBE RECIBIR UN ABORDAJE INTEGRAL ORIENTADO A:

1. Soporte psicológico
2. Una adecuada nutrición
3. Cambios en el comportamiento sexual: uso de preservativo, adecuados métodos de planificación familiar.
4. Administración de las vacunas correspondientes
5. Consejería. Se detalla las necesidades y abordaje de la consejería de acuerdo a cada caso en especial: Personas viviendo con VIH o Personas viviendo en etapa de SIDA y su grupo familiar, se presenta el flujograma de asesoramiento previo y posterior a una prueba de anticuerpos para VIH.
6. importancia de prevención secundaria a fin de reducir los riesgos
7. Un adecuado plan de cuidados médicos que incluye: identificación de pacientes que requieren de un cuidado médico inmediato como son los pacientes sintomáticos o con crisis emocionales, aquellos que necesitan una adecuada terapia antirretroviral o profilaxis de infecciones oportunistas así como otras enfermedades sexualmente transmisibles, importancia de los controles de seguimiento y control según necesidad de cada caso en particular.
8. Seguimiento y control con pruebas de acuerdo a carga viral.
9. importancia de orientación hacia la persona, a fin de mejorar su calidad de vida.



TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:

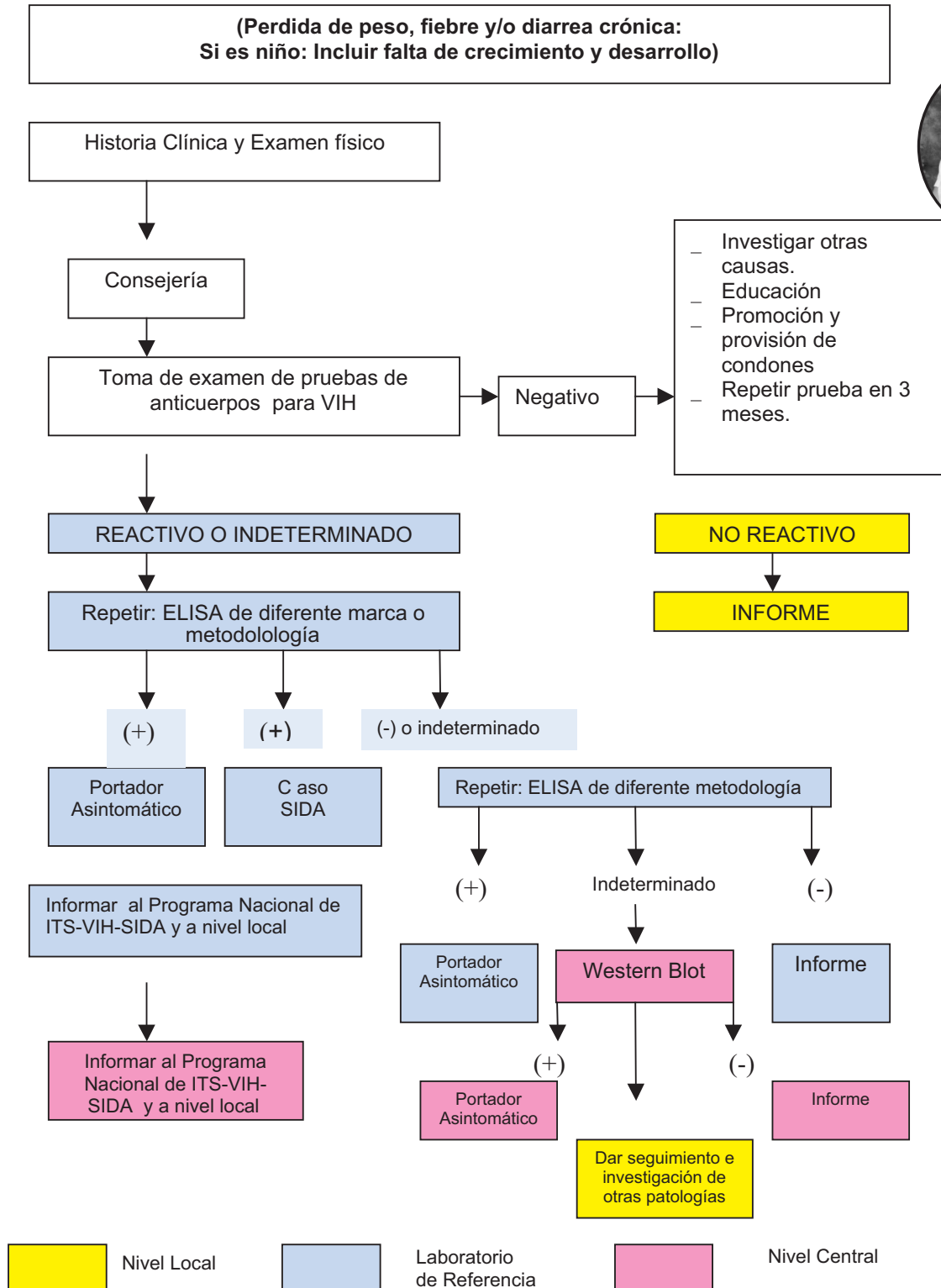
1. El manejo con medicamentos antirretrovirales es recomendado en los siguientes casos:
 - Mujer embarazada
 - Paciente con SIDA
 - Paciente VIH (+) con <200 CD4 asintomáticos.
 - Pacientes asintomáticos con carga viral >5,000-10,000 c/ml.
 - Asintomáticos con >500 CD4 y carga viral <5,000-10,000 cargas/nd (terapia controversial).
2. La terapia debe iniciarse con 3 medicamentos dada la alta incidencia de resistencia a 1 ó 2 drogas.
3. La combinación más frecuente es:
 - AZT+Lamivudina(3TC)+Efavirenz(EFV)
 - En la mujer embarazada se usan medicamentos antiretrovirales preventivos, según las condiciones de cada mujer el objetivo primordial es prevenir la transmisión vertical al producto. Puede usarse AZT a una dosis de 600 mg/día dividido en 3 dosis, 200 mg., vía oral, 3 veces/día.
 - Dosis menores de 400 mg. por día, no son efectivas.
 - Dosis mayores de 600mg. por día, son tóxicas al S.N.C.

f) Criterio de derivación

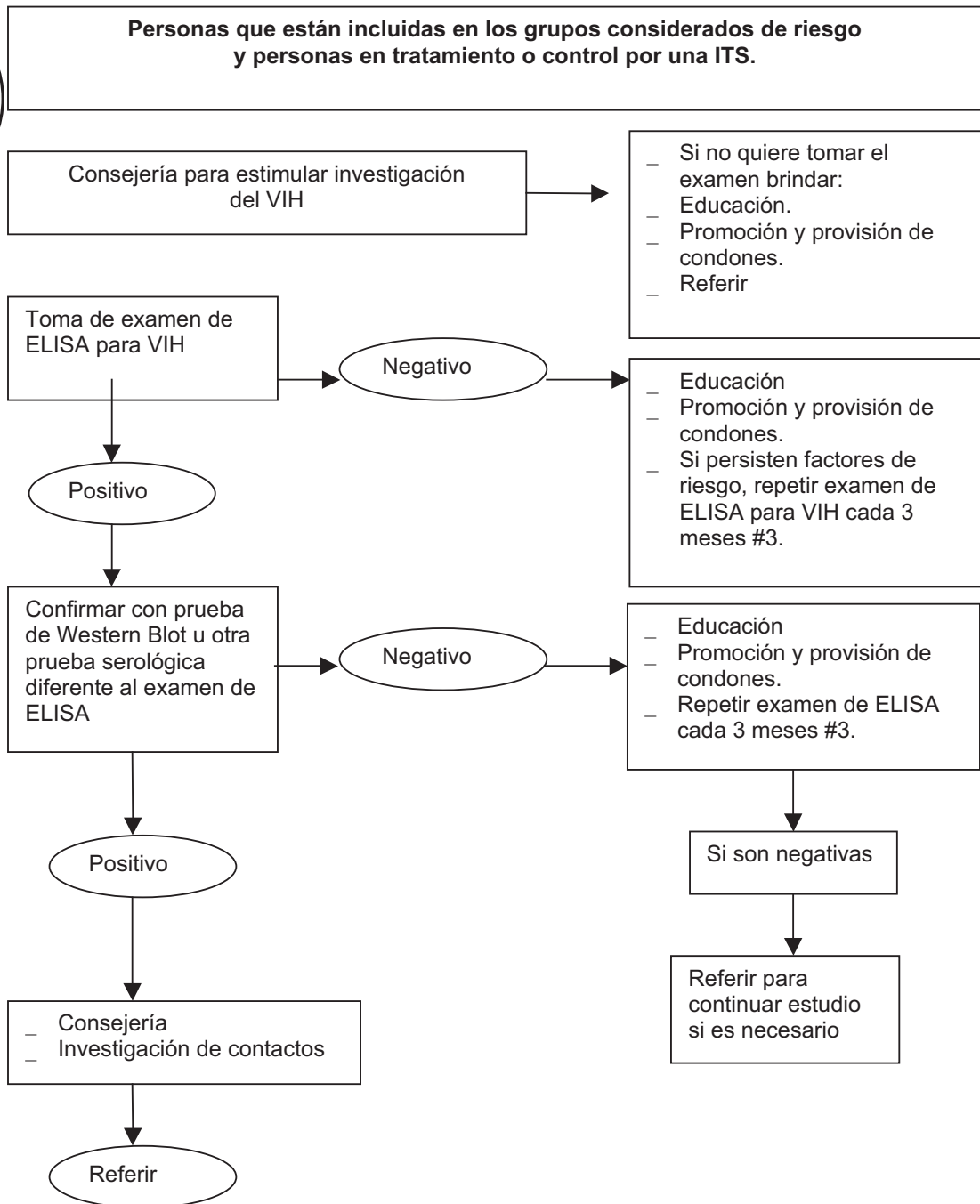
Todo paciente con datos epidemiológicos que orientan a esta enfermedad y que cursan con cualquiera de los síndromes clínicos descritos anteriormente, deben ser referidos al nivel de mayor complejidad que corresponda, para ínter consulta con el especialista y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete necesarios.

Todo paciente con cifras menores a 200 linfocitos CD4 por ml. deben ser referidos para manejo médico integral a nivel hospitalario.

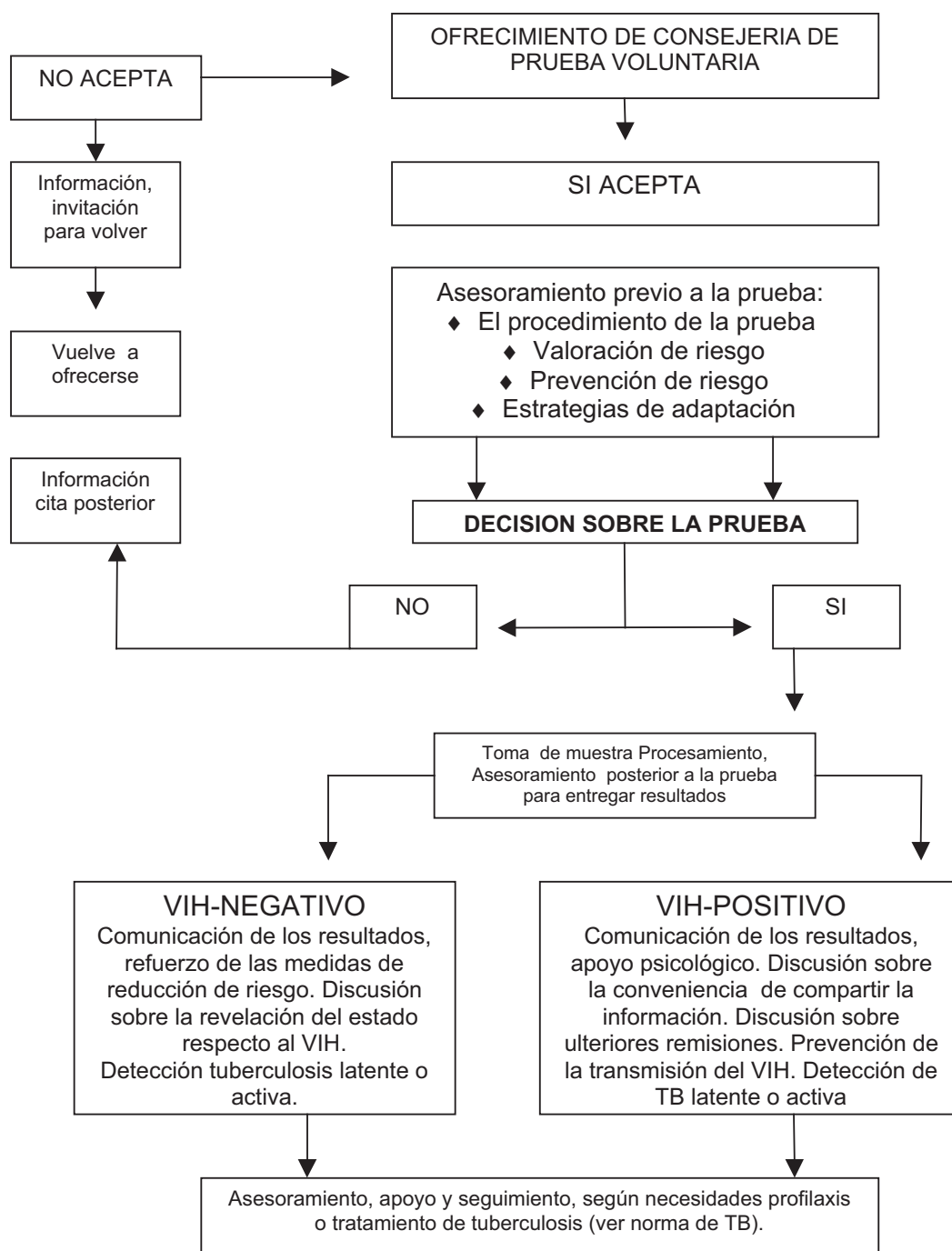
FLUJOGRAMA DE ATENCION CASOS CON SINTOMAS SOSPECHOSOS DE SIDA



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A INFECCIONES POR VIH/SIDA



FLUJograma DE ASESORAMIENTO PREVIO Y POSTERIOR A UNA PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA VIH



3.13. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Antes de abordar las disfunciones sexuales masculinas más frecuentes, es primordial reconocer que la sexualidad masculina se encuentra atravesada de manera significativa por una serie de mitos y creencias que bloquean la posibilidad de disfrute y bienestar sexual para muchos hombres, fundamentalmente en el contexto de una relación de pareja.



Muchos de estos mitos contruidos y reproducidos cultural y socialmente determinan comportamientos sexuales que contrarían los mecanismos básicos de la anatomía y de la fisiología de la respuesta sexual y genital de los varones que terminan enredando y enrareciendo la vivencia sexual masculina. Hoy por hoy, son muchos los hombres que sufren una presión cultural que les impulsa a responder sexualmente a la manera que se supone que deberían de hacerlo; aún contraviniendo las reglas básicas de la propia fisiología masculina. Y lo que es más grave, en muchas ocasiones somos los propios hombres, solos, los que nos empujamos a cumplir con unas expectativas preestablecidas y que incluso, en numerosos casos, las propias parejas no comparten.

MITOS DE LA SEXUALIDAD MASCULINA

- Tener un pene grande
- Erección obligatoria
- Erección instantánea
- Erección permanente
- Peligro: dolor de testículos
- Hay que llegar a la penetración
- Hay que acabar en eyaculación y orgasmo
- Estar siempre sexualmente dispuesto
- Ser inmune a condiciones externas adversas a la relación sexual
- Ser responsable del placer de la pareja

En el fondo de esta mitología subyace un mito-matriz que alimenta a todos los demás: la creencia de que el placer sexual propio va a depender de la otra persona, nunca de uno mismo o una misma. Tradicionalmente hemos sido educados en que el placer sexual de la mujer depende fundamentalmente de las habilidades amorosas del hombre y más recientemente y justificado por un sentido igualitario sexual, se ha generalizado a ambos sexos; dejando en manos de la pareja la posibilidad de disfrutar la propia sexualidad.

Es fundamental reconocer que el placer y el disfrute sexual dependen de una actitud positiva individual y de una apertura personal al placer. Por muy experta que una persona pudiera ser en cuestiones sexuales, nunca podrá ser capaz de dar placer si la otra persona no está abierta a esa posibilidad. Por el contrario, si una persona se encuentra dispuesta a explorar el mundo de su sexualidad, aún sin experiencia alguna, podrá disfrutar sexualmente junto con su pareja, siempre y cuando la guía de sus relaciones sean ellos mismos y la sensibilidad compartida sea la referencia de su experiencia.



Es necesaria una revisión de las actitudes sexuales heredadas culturalmente que pasan por evitar que cada persona sexuada y sexual asuma la responsabilidad propia e intransferible de su propio placer sexual. En definitiva, se trata de facilitar el crecimiento sexual y erótico de las personas; llegar a ser personas sexuadas y sexuales autónomas, críticas y dueñas de nuestra propia capacidad de gozar y de sentirnos bien en nuestro cuerpo y en nuestra vida.

3.13.1. Disfunción eréctil

a) Definición

Se define como la incapacidad de alcanzar y mantener una erección lo suficientemente rígida y de suficiente duración como para permitir la actividad sexual.

La disfunción eréctil es básicamente un bloqueo de la erección del pene provocada por alguna causa bio-psico-social que interfiere en el desarrollo de la fase de excitación e interrumpe la respuesta sexual en el hombre. Puede presentarse a cualquier edad aunque es más común a partir de los cuarenta años. La capacidad del disfrute sexual de muchos hombres se ve bloqueada en relación directa a la existencia de mitos o creencias erróneas como las mencionadas anteriormente, con la edad se producen cambios específicos en el hombre que no son necesariamente disfunción eréctil. Los hombres mayores necesitan más tiempo para excitarse y el pene requiere más estimulación directa y no alcanza la misma rigidez que en la juventud. Cualquier distracción puede resultar en la pérdida de la erección y el orgasmo tiende a ser menos intenso.



CAUSAS DE LA DISFUNCION ERECTIL

TIPOS	DESCRIPCION
<p>VASCULARES Son muy comunes y se deben a la falta de riego o a la incapacidad de atrapar la sangre en el pene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Hipertensión arterial • Arteriosclerosis • Enfermedades cardíacas • Alteraciones en los niveles de colesterol.
<p>NEUROLÓGICAS Interrupción en el envío de mensajes del cerebro al pene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embolias y trombosis cerebrales • Epilepsia • Lesiones de la médula espinal • Esclerosis múltiple • Neuropatías (Diabetes, alcoholismo) • Intervenciones quirúrgicas pélvicas (cirugías radicales oncológicas)
<p>ENDOCRINOLOGICAS:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit hormonales sexuales • Diabetes mellitus. • Hiperprolactinemia • Hipo/hipertiroidismo
<p>PSICOLÓGICAS El mecanismo físico del pene es normal pero la erección se ve dificultada por problemas psicológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (miedo a no conseguir una erección) • Problemas de pareja • Depresión u otros problemas psicológicos • Estrés
<p>MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS TOXICAS</p>	<p style="text-align: center;"><u>INTERFIEREN CON LAS HORMONAS SEXUALES Y CAUSAN HIPERPROLACTINEMIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espironolactona, Cimetidina, Estrógenos, ketoconazol. • Anabolizantes, metoclopramida, antiandrógenos, haloperidol, opiáceos. <p style="text-align: center;"><u>ACCION SOBRE SISTEMA NERVIOSO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos, Sedantes, Barbitúricos, Antidepresivos. <p style="text-align: center;"><u>ANTIHIPERTENSIVOS/DIURETICOS.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-Hidroclorotiazida, Espironolactona • Beta-Bloqueantes (Propanolol) • Inhibidores alfa adrenérgicos • Metil-Dopa, Reserpina • Clonidina. <p style="text-align: center;"><u>OTROS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticolinérgicos, Derivados anfetamínicos, Algunos hipolipemiantes (clofibratos), Digoxina. • Marihuana, Cocaína, Heroína, Alcohol

b) Epidemiología

La disfunción eréctil es un problema común que afecta a una gran cantidad de varones. La estimación mundial es de 150 millones de hombres con este padecimiento actualmente. Se calcula que entre 2 y 5 de cada diez sufren este problema, dependiendo de la edad.

Todos los hombres pueden tener problemas para alcanzar la erección en algún momento de sus vidas, especialmente cuando están cansados, sufren estrés, están bajo los efectos del alcohol o padecen una enfermedad grave. La disfunción eréctil que aparece de forma persistente no es común en los hombres jóvenes, pero se hace más frecuente a partir de los 40 años y se ha visto que el 30% de los hombres entre los 40 y 70 años sufre algún tipo de disfunción eréctil, incluyendo las formas moderadas y severas.

La disfunción eréctil en los hombres mayores de 40 años está relacionada con varios factores como:

- ♦ Ser fumador
- ♦ Ser diabético
- ♦ Tener la tensión alta o padecer enfermedades cardíacas
- ♦ Sufrir alteraciones en los niveles de colesterol
- ♦ Sufrir depresión o ser consumidor de medicamentos utilizados para tratar estas enfermedades. (Ver anexo 6)

Los problemas de erección en el hombre se pueden deber a factores físicos o psicológicos, siendo las de tipo psicológico las más frecuentes. La ansiedad es, a menudo, la causa que bloquea el momento de la erección, la cual se activa durante el coito o ante la idea de la inminencia del mismo. La angustia influye en los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual en su fase de excitación impidiendo la relajación necesaria para que la erección y la tumescencia se produzcan. La ansiedad se puede concretar en miedo al fracaso sexual o la repetición de una experiencia sexual frustrante, aunque pueden existir otros factores como la falta de estimulación adecuada, la excesiva pasividad de la pareja, la monotonía en los juegos eróticos, etc.

c) Manifestaciones Clínicas

La mayoría de los pacientes aquejados de este problema mantienen un alto nivel de deseo sexual y su angustia viene originada por la dificultad de expresar su deseo a través de la conducta coital; sin embargo, el deseo puede verse afectado cuando el trastorno de la excitación se ha convertido en crónico y no se le encuentran salidas.

Tomando en cuenta que los reflejos de erección y de eyaculación son neurofisiológicamente distintos, algunos hombres pueden mantener intacta su fase orgásmica y pueden eyacular sin erección; sin embargo muchos de



los pacientes con este padecimiento no tienen orgasmo debido principalmente a que la frustración generada por la ausencia de erección y la imposibilidad de realizar el coito, les inhibe para seguir con la relación sexual y por lo tanto no se permiten llegar a la fase orgásmica con la consiguiente eyaculación.



Debido a que el aspecto concreto del acto sexual que produce ansiedad difiere de un paciente a otro, las manifestaciones de la disfunción eréctil pueden ser tan variadas como las siguientes:

- ◆ Incapacidad de alcanzar una erección durante las fases anteriores del coito.
- ◆ Alcanzar fácilmente la erección, pero perderla ya sea en el momento de la penetración, inmediatamente después de ella o durante el coito.
- ◆ Presentar problemas de erección durante el coito, pero poderla mantener por la manipulación del pene (bucal o manualmente), presentándose la flacidez en tanto y cuanto se expone el pene a su pareja.
- ◆ Tener erección en las fases previas al coito, pero perderla cuando la penetración es inminente.
- ◆ Tener erección sólo si es la mujer la que domina la situación sexual.
- ◆ Tener erección y perderla cuando es la mujer la que toma el control.

d) Apoyo Diagnóstico

Deberá realizarse una historia clínica investigando factores causales relacionados y un examen físico completo.

Por medio del registro de las erecciones nocturnas puede diferenciarse entre disfunción eréctil de causa psicológica y de causa orgánica. Todo hombre experimenta entre tres y cinco erecciones mientras duerme. Si el paciente padece dificultades psicológicas con respecto a la actividad sexual, esto no afectará a su capacidad para tener una erección rígida mientras duerme, pero si el problema es orgánico, las erecciones se reducirán en número y calidad.

Un test simple que ayuda a determinar si existen problemas físicos consiste en inyectar medicamentos especiales en el pene. Estas sustancias ejercen un efecto sobre la circulación de la sangre y, a menudo, producen una erección si no existen problemas de riego sanguíneo.

Si el caso lo requiere, deberá enviarse pruebas de laboratorio para investigar Diabetes, nivel de lípidos en sangre, niveles de prolactina y hormonas tiroideas; y en los casos en los que la disfunción eréctil esté asociada a la falta de deseo, medir niveles de testosterona.

e) Tratamiento

La capacidad de recuperar la condición de tener erecciones espontáneas sólo es posible cuando el problema se debe a causas psicológicas, hormonales, relacionadas con toma de medicamentos, o en los pocos casos en los que se puede llevar a cabo una cirugía de revascularización.

Si la disfunción eréctil es debida a daño vascular o Diabetes es fundamental el seguimiento y control de la enfermedad subyacente por parte del especialista correspondiente. Por otro lado, muchas parejas pueden seguir teniendo una vida sexual satisfactoria incluso cuando el pene no alcanza su mayor rigidez.




♦ Tratamiento oral

Los fármacos orales son hoy en día el tratamiento de primera línea. El Sildenafil es el primer fármaco oral que ha demostrado eficacia como terapia para la disfunción eréctil. Recientemente se han incorporado compuestos como el Tadalafilo y el Vardenafilo. El uso de estos fármacos requiere, para cada paciente en particular, una valoración de riesgos/beneficios. En los pacientes cardíacos deberá valorarse los riesgos y personalizar su administración por parte del cardiólogo. (Ver anexo 7).

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCION ERECTIL

FARMACOS	CARACTERISTICAS
<p>El Sildenafil (Viagra®)</p>	<p>Actúa sobre el pene para potenciar el riego sanguíneo. Efecto positivo en el 40-80% de los hombres. No mejora el deseo sexual. Se toma una píldora de 25, 50 ó 100 mg. una hora antes de la actividad sexual. Puede producir efectos secundarios como dolores de cabeza, sofocos, trastornos gastrointestinales, trastornos visuales. Siempre debe existir una consulta médica previa al comienzo del tratamiento. Contraindicado en pacientes que reciben tratamiento con nitratos y en hombres con una enfermedad ocular poco conocida llamada "retinitis pigmentosa".</p>
<p>Tadalafilo (Cialis®)</p>	<p>Pertenece al grupo de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 pero tiene un perfil distinto al del Sildenafil y el Vardenafilo. El efecto terapéutico es prolongado a causa de su larga vida media. En los estudios realizados, algunos hombres han tenido erecciones y coito después de 24 a 36 horas. Se administra en dosis de 10-20 mg. Se recomienda una dosis de inicio de 20 mg y ajustar a la baja si la respuesta es suficiente con 20 mg. Como el Sildenafil, el Tadalafilo tiene una buena tolerancia. Los efectos secundarios son de leves a moderados y dependientes de la dosis. Estos incluyen dolores de cabeza, dispepsia, dolores de espalda, rubor facial, dolores musculares y congestión nasal.</p>

Continuación...

FARMACOS	CARACTERISTICAS
 Vardenafilo (Levitra®)	El Vardenafilo pertenece a la familia de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, con un perfil farmacocinético similar al del Sildenafil. Se han registrado coitos con todas las dosis en un porcentaje de hasta 75% de los pacientes tratados. El 80% de los hombres con Disfunción Eréctil consiguieron mejorar sus erecciones con una dosis de 20 mg. Mejoró las erecciones en el 39% de hombres con disfunciones severas. Es bien tolerado como el resto de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 y su perfil de efectos secundarios es muy similar. Los principales son el dolor de cabeza, sofocos, dispepsia y rinitis.

f) Criterio de derivación

◆ Referencia al Psicólogo

La mayoría de los hombres que sufren disfunción eréctil se verán afectados psicológicamente, incluso cuando la causa sea una enfermedad física. El asesoramiento psicológico puede ayudarle al paciente y a su pareja para hablar del problema e incluso superarlo; también puede tranquilizarles y disminuir la tensión en la relación de pareja. La referencia con el psicólogo es necesaria para la mayoría de hombres en la mayoría de hombres jóvenes (menores de 40 años), ya que la causa de su problema no suele ser física.

◆ Referencia para atención y tratamiento psiquiátrico

Puede ser necesario si el paciente sufre de depresión u otros problemas psicológicos que pueden tener como resultado la disfunción eréctil.

◆ Referencia al Urólogo

Cuando la disfunción eréctil no responde efectivamente con los fármacos orales o estos están contraindicados, los pacientes deben ser referidos con el urólogo para recibir otras alternativas de tratamiento como la aplicación transuretral y las inyecciones intracavernosas de medicación, las cuales resuelven la gran mayoría de los casos de disfunción eréctil.

Los aparatos de vacío son otra alternativa y si todas estas opciones no consiguen resultados positivos el urólogo puede ofrecerle al paciente la opción de implantar una prótesis de pene.

3.13.2. Eyaculación precoz

a) Definición

La eyaculación precoz es una condición en la cual el hombre eyacula demasiado rápido y sin capacidad de control. El criterio más importante para considerar una eyaculación como precoz, es que se produzca antes de que ambos miembros lo deseen y que este factor cause problemas en su relación sexual.

Junto con las situaciones donde no es posible eyacular dentro de la vagina durante el coito (eyaculación retardada), conforman los llamados “Problemas de Control Eyaculatorio.”

Los problemas de control eyaculatorio son una de las situaciones sexuales más frecuentes en los hombres y de las más se quejan las mujeres puesto que suele significar la interrupción brusca de una situación sexual placentera, con la consiguiente frustración. La mayor parte de los hombres experimentan eyaculaciones precoces durante sus primeras relaciones sexuales, en parte influidas por las circunstancias en las que se producen.

El hombre aprende a controlar la rapidez de sus eyaculaciones a medida que aumenta su experiencia en las relaciones sexuales y que el entorno en el que se realizan le confiere una mayor seguridad.

b) Epidemiología

La eyaculación precoz es el problema sexual más común en los hombres. La mayoría sufrirá este trastorno en algún momento de sus vidas, sin que deba considerarse preocupante. Solo se convierte en un problema cuando ocurre en la mayoría de los encuentros sexuales. Estudios científicos han demostrado que hasta un 40% de los hombres sufren este tipo de trastorno con cierta frecuencia.

La eyaculación precoz puede aparecer a cualquier edad, pero es más común en los hombres jóvenes. Este problema está más relacionado con la novedad de la experiencia sexual (una pareja nueva o una situación distinta) que con la edad en sí, es muy raro que la eyaculación precoz esté causada por alteraciones físicas o enfermedades concretas; de cualquier forma deberá investigarse problemas depresivos e infecciones del tracto reproductivo o urinario. Las principales causas de la incapacidad para controlar la eyaculación son la ansiedad, el sentimiento de culpa, y el miedo a no ser un buen amante.

Todos estos sentimientos negativos se potencian con los sucesivos fallos en el control de la eyaculación, lo cual produce ansiedad y frustración adicional. Por supuesto, cualquier comentario crítico de la pareja sobre esta alteración, aun no malintencionada puede empeorar enormemente el problema.



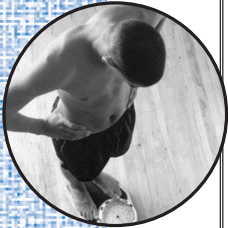
CAUSAS DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

De tipo socio-cultural

- Ideología machista.
- Sexualidad exigente y no placentera centrada en el rendimiento.
- Fantasía del orgasmo simultáneo.
- Disociación entre sexualidad y cuerpo.

Debidas a un aprendizaje incorrecto

- Masturbaciones rápidas por miedo a ser descubierto.
- Primeras relaciones sexuales rápidas por miedo a ser sorprendidos.
- Estimulación inadecuada.
- Práctica prolongada del coito interrumpido
- Pasividad excesiva por parte de la pareja.



c) Manifestaciones Clínicas

Generalmente, el examen físico es normal y es poco probable que un hallazgo anormal se asocie con esta condición. Existe más posibilidad de obtener información útil entrevistando a la persona afectada o a su pareja. La eyaculación precoz generalmente sucede en el momento inmediatamente posterior a la penetración. Cuando la disfunción es severa, el hombre eyacula antes de que ocurra la estimulación directa sobre el pene, o bien cuando ésta es mínima.

Los casos persistentes pueden tener efectos muy negativos sobre la función sexual, tanto del hombre como de su pareja. A menudo el eyaculador precoz se queja de pérdida o disminución de la sensibilidad durante la eyaculación, lo que puede llevar a la pérdida de la erección y del deseo sexual. Esto ocurre porque el hombre está tan preocupado intentando controlar su eyaculación que no logra disfrutar del encuentro sexual. Con frecuencia el hombre reduce el tiempo de juegos pre-coitales y, como resultado, su pareja se siente poco estimulada. El acto sexual puede también resultar doloroso a causa de la falta de lubricación de la pareja y este hecho puede aumentar la tensión existente y provocar la eyaculación incluso antes.

La repercusión en la mujer se manifestaría en una disminución de su placer y en dificultad o incapacidad para alcanzar el orgasmo. El resultado final es un círculo vicioso en el cual la frecuencia del acto sexual se ve reducida y se potencia la eyaculación cada vez más rápida.

e) Tratamiento

Parte importante de la solución de este problema reside en la superación por parte del paciente de las creencias en torno a la sexualidad centrada en el rendimiento genital y no en la búsqueda de relaciones placenteras donde el objetivo final sea el disfrute de los sentidos. Por ello es de principal importancia la información y la consejería apropiada que debe compartirse con el paciente.

Fundamentos de la consejería

La ansiedad por el rendimiento o los resultados del encuentro sexual se seguirá produciendo, mientras no se superen las siguientes afirmaciones:

- ◆ El coito es la única y más placentera forma de expresión sexual.
- ◆ La penetración es la expresión de la virilidad masculina.
- ◆ El placer de la mujer depende de la pericia del hombre.
- ◆ El hombre debe satisfacer a la mujer a través del coito.

Por otra parte, la dificultad que los hombres tienen para estar en contacto con su cuerpo y con sus necesidades sexuales no favorece en nada una vivencia placentera de su sexualidad y sí significa un factor de alto riesgo asociado a trastornos en su respuesta sexual, especialmente al control del momento de la eyaculación. También significa un desconocimiento importante de la sexualidad de las mujeres y de sus necesidades eróticas al respecto; la mayor parte de los hombres superan la eyaculación precoz por sí mismos, pero algunos requieren la ayuda de un especialista. Antes de decidirse a consultar, muchos de los pacientes intentan resolver su problema con algunas estrategias “caseras” contrarias al aprendizaje que necesitan.



La solución reside en reconocer las sensaciones sexuales que anteceden a la eyaculación para poder controlar ese momento y poder alargarlo	
<p>Las estrategias “caseras” que se enumeran a continuación son absolutamente inadecuadas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preservativos. • Uso de pomadas anestésicas en el pene. • Ingesta de alcohol o sedantes. • Masturbarse antes del coito. • Duchas frías previas a la relación sexual. • Auto infringirse dolor durante el coito. • Pensar en otra cosa no sexual o de contenido desagradable. • Repetir la relación sexual coital.

El tratamiento centrado en la identificación de las sensaciones premonitorias del orgasmo ha demostrado mucha eficacia, debido a que la causa fundamental de este trastorno es que el hombre no percibe con claridad estas sensaciones; para ello se pueden realizar ejercicios simples para ganar control.

Para la realización de estos ejercicios se sugieren las tareas siguientes:

1. Los primeros días la pareja realiza juegos eróticos hasta que el hombre alcanza la erección.
2. Luego, el hombre yace boca arriba mientras la pareja le estimula el pene.
3. Tan pronto como experimenta las sensaciones pre-orgásmicas, le pide a su pareja que suspenda la estimulación.
4. Observará que las sensaciones desaparecen a los pocos segundos y antes de perder la erección, vuelve a reanudarse la estimulación, para suspenderla de nuevo justo antes de alcanzar el orgasmo.
5. La pareja debe repetir el proceso varias veces más (5 a 6 veces) antes de permitirse concluir en un orgasmo.

Si este ejercicio se realiza correctamente durante varias sesiones seguidas, el hombre percibirá que va adquiriendo un mejor control sobre el momento de su orgasmo y esto facilitará su control durante el coito. Cada caso requerirá de ayuda individualizada, así como de la adaptación de las sugerencias terapéuticas a las circunstancias personales del hombre y su pareja.

f) Criterio de derivación

Cuando la eyaculación precoz no se logra superar con la información y recomendaciones proporcionadas y aplicadas por el mismo paciente y su pareja, deberá referirse a un especialista para tratamiento médico y/o psicológico.

3.14. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA ANDROPAUSIA

a) Definición

Se conoce como andropausia a los cambios físicos, psíquicos, metabólicos, fértiles y sexuales que siguen a la cesación natural de la capacidad gonadal en el hombre. Desde el proceso vital fisiológico, forma parte de los procesos de envejecimiento sexual que comienzan hacia los 30 o 35 años de edad y siguen un proceso lento y muy variable de unas personas a otras.

Los problemas de la salud relacionados con el envejecimiento incluyen - entre otros- la declinación gradual de la función gonadal. Debido a que los hombres no sufren un deterioro gonadal absoluto y universal, como ocurre en las mujeres, el término andropausia no es fisiológicamente correcto. Por esta razón, se han sugerido otras denominaciones que refieren una deficiencia parcial de andrógenos, como el llamado PADAM (Partial Androgen Deficiency in the Aging Male).



b) Epidemiología

Su comienzo a menudo insidioso puede ser en cualquier momento desde los 30 años en adelante, aunque típicamente se da en los cincuentas. Una de las razones por las cuales no se advierte, es que usualmente su apareamiento es más gradual que la menopausia en las mujeres, debido a que los hombres mantienen la actividad testicular endocrina de producción de andrógenos a lo largo de toda la vida.

Se trata de una crisis de vitalidad tanto como de virilidad, aún cuando el signo más obvio es la pérdida del interés en el sexo y en el poder eréctil. Este cambio es sorprendentemente pasado por alto o ignorado, porque el hombre está tan presionado por el resto de su vida que asume que es una parte inevitable de su envejecimiento o también porque su pareja sexual también pierde el interés.

A diferencia de la mujeres, en quienes la privación del estímulo estrogénico produce atrofia de los órganos genitales internos y externos, que se traducen en molestias locales (percepción de sequedad y picor en vagina y labios, dolor durante la penetración etc.); en el varón son mas frecuentes los problemas psicológicos asociados a su climaterio, entre ellos la ansiedad sexual y/o la insatisfacción con la vida sexual, sobre todo si ha interiorizado el modelo de sexualidad joven y masculina dominante.

c) Manifestaciones Clínicas

La andropausia es tan fisiológica en el hombre como en la mujer lo son la menopausia y el climaterio. La aparición de síntomas como decaimiento, disfunción eréctil, pérdida de interés por el sexo, tristeza, etc. en un hombre adulto de más de 55-60 años, hace pensar en la andropausia.



EFECTOS DEL DESCENSO DE TESTOSTERONA	MANIFESTACIONES CLINICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Menor potencia y libido. • Cambios en el humor. • Descenso de la masa magra y de la fuerza muscular. • Cambios en la distribución de las grasas. • Descenso de la densidad ósea. • Regresión de las características sexuales secundarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en el ímpetu sexual. • Pérdida de entusiasmo en la vida profesional o laboral. • Fatiga, abulia, agotamiento, irritabilidad, ansiedad y depresión, alteraciones del sueño. • Sentido de desesperanza e impotencia. • Deterioro rápido del nivel de forma física. • Signos de envejecimiento acelerado del sistema cardiovascular.

d) Apoyo Diagnóstico

Deberá realizarse historia clínica completa y examen físico. Como en cualquier otra alteración de la salud, es importante el diagnóstico precoz y que el afectado preste mucha atención a los primeros síntomas. Para investigar su aparición debe aplicarse el siguiente cuestionario:

SINTOMAS	SI	NO
1. ¿Ha disminuido su apetencia sexual?		
2. ¿Se siente falta de energía?		
3. ¿Ha disminuido su fortaleza y fuerza físicas?		
4. ¿Ha perdido estatura?		
5. ¿Ha notado una disminución de las ganas de vivir?		
6. ¿Se siente triste e irritable?		
7. ¿Son sus erecciones poco potentes?		
8. ¿Ha notado una disminución en su habilidad por los deportes?		
9. ¿Se queda dormido después de la cena?		
10. ¿Ha notado una disminución de su capacidad para el trabajo?		

El diagnóstico de andropausia se basa en la existencia de algunos o de todos estos síntomas en combinación con bajo nivel de testosterona libre o biodisponible. Particularmente si las respuestas a las preguntas 1 y 7 son afirmativas, o lo son tres de los otros síntomas investigados, no cabe duda de que la andropausia se está instaurando.

La mayoría de las veces no son necesarias las determinaciones de testosterona, ya que con la sintomatología es suficiente para establecer el diagnóstico.

e) Tratamiento

Debe comentarse con el paciente que la andropausia no es una enfermedad ni un estigma que debe ocultarse; sino que se trata de un proceso fisiológico que puede requerir para su superación de algún tipo de tratamiento incluyendo ayuda emocional.

En los hombres son más frecuentes los problemas psicológicos asociados a su climaterio, como la ansiedad sexual y/o la insatisfacción con la vida sexual, sobre todo si ha interiorizado el modelo de sexualidad joven y masculina dominante.

Consejería

Debe aconsejarse a los hombres mayores sobre la importancia de adquirir una visión de la sexualidad distinta, no entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido.

Incluso algunas de las aparentes limitaciones fisiológicas propias de la edad, pueden convertirse en una ventaja para la relación sexual como es el caso de la mayor lentitud en torno al proceso de excitación y el mayor control sobre la eyaculación, lo cual puede permitir mantener la actividad sexual, incluso la coital.



CONDICIONANTES PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ	CONTENIDOS DE LA CONSEJERIA
<ul style="list-style-type: none"> - Historia sexual deficitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una historia sexual rica en actividad, satisfacción y permanente a lo largo del tiempo, se asocia a una vida sexual más rica y satisfactoria en la vejez.



CONDICIONANTES PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ	CONTENIDOS DE LA CONSEJERIA
<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones económicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores condiciones de vida favorecen disponer de un ambiente agradable para la intimidad sexual.
<ul style="list-style-type: none"> • Interiorización de falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez, por ejemplo: la actividad sexual es mala para la salud, la actividad sexual debilitada, la satisfacción sexual decrece con la menopausia, andropausia.etc • Actitud negativa hacia la sexualidad. • Rechazo de la familia e hijos a las manifestaciones sexuales de sus mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que hombres y mujeres mayores se reconcilien con su figura corporal y con los cambios que supone el proceso de envejecimiento. • Facilitar el que puedan establecer relaciones nuevas; aceptar las libertades que deseen y los compromisos que consideren oportunos. • Ofrecer una visión más amplia y rica de la sexualidad. Ayudar a reconocer que el ser humano tiene necesidad de intimidad corporal, la cual se puede resolver de forma muy rica y diversa.
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la actividad física y mental, ruptura con la red de relaciones sociales y disminución del interés por la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que todos los aspectos organizativos faciliten las relaciones interpersonales, tanto las relaciones sociales como las íntimas.

f) Criterio de derivación

Los casos de pacientes con disminución del deseo sexual que cursan con mucha ansiedad e insatisfacción sexual o síntomas depresivos deben ser referidos con el psicólogo(a) o psiquiatra. Así mismo, deberán referirse al especialista los pacientes que no evolucionan satisfactoriamente y requieren valoración para el uso de terapia hormonal.

3.15. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFERTILIDAD MASCULINA

a) Definición

Puede definirse la infertilidad como la imposibilidad de una pareja de alcanzar la concepción o de concretar un embarazo después de un año o más de mantener relaciones sexuales normales. En esos intentos no deben haber sido usados uno o algunos métodos anticonceptivos.

Las causas pueden ser femeninas (40%), masculinas (40%) o de ambos cónyuges a la vez (20%). La infertilidad no siempre tiene una explicación; simplemente no se ha concretado la concepción hasta ese momento, pero la mayoría concebirá en el plazo de los dos años. La infertilidad masculina principalmente se debe a un bajo número de espermatozoides o por la poca movilidad que presentan éstos.



b) Epidemiología

La imposibilidad de tener hijos es un problema bastante frecuente en las parejas. Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 8 y el 10% de las parejas son estériles o experimentan ciertas manifestaciones de infertilidad. Esto significa que entre 50 y 80 millones de personas en el mundo sufren de este problema en alguno de sus aspectos, pudiendo variar la incidencia según la región.

Generalmente la infertilidad se asocia exclusivamente a problemas de la mujer, por lo que es raro que un hombre consulte por esta razón. En los varones no está incorporada la prevención, como ocurre con las mujeres, quienes por lo general consultan y se controlan. El hecho que el tema de la incapacidad para concebir un hijo no está asumido por los varones, dificulta aún más el proceso de diagnóstico precoz y tratamiento. No obstante, pese a la percepción de los varones, tanto hombres como mujeres tienen similar porcentaje de probabilidades de presentar infertilidad.

CAUSAS DE INFERTILIDAD EN EL HOMBRE

Se clasifican en:

- Anomalías relativas a los espermatozoides.
- Problemas hormonales.
- Problemas anatómicos



TIPOS	DESCRIPCION
INFECCIONES	Prostatitis, Epididimitis y Orquitis. La más frecuente es la orquitis urliana provocada por la parotiditis. Las ITS son una de las principales causas de dificultad en la concepción en ambos miembros de la pareja.
CRIPTORQUÍDEA O TESTÍCULO OCULTO	Casos en los que no se produce descenso testicular al escroto. Constituye una causa de esterilidad en el 80% de los casos.
TORSIÓN TESTICULAR	En casos de vaivén de los testículos desde y hacia el escroto, el testículo se puede torcer y dañar directamente las células espermáticas.
TRAUMATISMOS O GOLPES (AGRESIÓN O DEPORTES)	Se produce cuando se daña el tejido testicular. El cuerpo genera anticuerpos hacia estas células, lo que las inactiva.
VARICOCELE	Es una dilatación de las venas del escroto por insuficiencia venosa de las válvulas que transportan la sangre hacia el pene. El aumento de calor puede afectar la producción de esperma. Es una de las causas más frecuentes de esterilidad masculina.
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	Problemas recurrentes de falta de erección puede impedir una adecuada penetración y consecuentemente dificultades para la fecundación del óvulo.
QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	Las cargas tóxicas a la gónada pueden dañar los espermatozoides.
HIPERTERMIA	El aumento de la temperatura corporal disminuye la producción de espermatozoides. Debe cuidarse que los varones no se expongan a cuadros febriles prolongados.
TÓXICOS	La influencia de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas es una de las causas más dañinas para la fertilidad

c) Manifestaciones Clínicas

El problema se manifiesta por la imposibilidad de una pareja de concretar un embarazo.

d) Apoyo Diagnóstico

Debe realizarse una historia clínica completa con antecedentes que indaguen posibles factores causales y realizar examen físico cuidadoso en busca de alteraciones anatómicas.

Estudios de laboratorio: Espermograma y mediciones hormonales.

Espermograma: La infertilidad masculina se detecta por medio del espermograma que consiste en examinar en el laboratorio una muestra fresca de semen obtenido por masturbación y en la que se determina el número, movilidad y la forma de los espermatozoides, así como también la presencia de infección seminal.

La muestra para realizar el examen debe tomarse después de 3 días de abstinencia sexual; para ello se deberá depositar el semen en un frasco limpio y llevarlo al laboratorio lo antes posible para su estudio. Para considerar patología serán necesarios dos espermogramas catalogados como anormales, tomadas cada una de las pruebas con un intervalo de dos semanas entre ellas. La anormalidad de la prueba se toma en base a los valores de referencia expresados en el manual de laboratorio de la OMS para el examen del semen humano.



e) Tratamiento

Consejería: Debe orientarse al paciente sobre la importancia de que el diagnóstico de infertilidad en la pareja se establece hasta después de un año o más de relaciones vaginales con penetración, al menos dos veces por semana y sin hacer utilizado ningún método anticonceptivo.

Ya establecido el diagnóstico con el estudio del espermograma, el tratamiento dependerá del origen del problema. Más de la mitad de casos de infertilidad masculina pueden corregirse. El tratamiento puede ayudarle a una pareja a lograr un embarazo a través del coito sexual normal.

f) Criterio de derivación

Todos los pacientes que no han logrado un embarazo en su pareja sin usar ningún método anticonceptivo y realizando relaciones sexuales con penetración vaginal por más de un año, deben ser referidos a la Unidad de Infertilidad del Hospital de Maternidad.

3.16. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTÁTA

a) Definición

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) es un crecimiento progresivo de carácter benigno de la glándula que afecta a los varones a partir de los 40 años de vida. A consecuencia de este crecimiento la uretra queda comprimida dificultando la salida de orina desde la vejiga.

La HBP aparece en una zona especial de la glándula prostática, denominada zona transicional, que en la próstata normal solo ocupa el 5% del volumen del órgano. Por procesos del envejecimiento no comprendidos del todo, en esta zona del órgano hay un crecimiento de elementos epiteliales (glandulares) y estromales (fibromusculares), que se influyen mutuamente, produciendo nódulos hiperplásicos.

b) Epidemiología

La HBP es un proceso de alta incidencia y prevalencia que suele afectar a varones a partir de los cincuenta años y produce distintas alteraciones en la micción con diversas repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, y potencialmente en su estado de salud.

A los 55 años un 25% de los hombres suelen tener síntomas miccionales obstructivos, un porcentaje que se eleva hasta el 50% a los 75 años. En algunos casos parece existir una predisposición genética. Los crecimientos prostáticos dependen de factores endocrinos, puesto que la ausencia de andrógenos testiculares (eunucos, castración quirúrgica o química) previene o mejora la HBP. La principal hormona testicular, la testosterona, difunde libremente en la célula prostática y en su interior se transforma en dihidrotestosterona (DHT) por la acción de la enzima 5-alfa-reductasa. La DHT es la que induce los cambios celulares que inducen y mantienen la HBP.

c) Manifestaciones Clínicas

Dada la situación anatómica de la próstata, justo rodeando la porción de la uretra masculina más próxima al cuello vesical, un aumento de su tamaño producirá diversos síntomas que se manifiestan en la función vesical, en el acto de la micción. Existe un componente estático por la obstrucción mecánica de la uretra por la glándula hipertrofiada, y además hay un componente dinámico por la resistencia al vaciamiento causado por el tono de las fibras musculares lisas de la próstata. Estas fibras se activan por receptores adrenérgicos alfa-1.

Los síntomas de la HBP se deben a la obstrucción del cuello vesical. Los términos HBP, obstrucción de cuello vesical y síntomas del aparato urinario inferior no son entidades equivalentes sino solapadas unas de otras.

SINTOMATOLOGÍA MICCIONAL DE LA HBP

Síntomas obstructivos:

- ◆ Dificultad de inicio miccional
- ◆ Disminución de la fuerza del chorro miccional
- ◆ Micción prolongada
- ◆ Goteo postmiccional
- ◆ Vaciado vesical incompleto
- ◆ Incontinencia por rebosamiento
- ◆ Retención urinaria

Síntomas irritativos:

- ◆ Urgencia miccional
- ◆ Poliaquiuria nocturna
- ◆ Poliaquiuria diurna
- ◆ Incontinencia por urgencia miccional
- ◆ Dolor suprapúbico

Síntomas que denotan complicación del proceso:

- ◆ Retención urinaria aguda (Incapacidad absoluta de orinar)
- ◆ Hematuria
- ◆ Infección del aparato urinario inferior, con o sin fiebre
- ◆ Uremia

d) Apoyo Diagnóstico

Según las recomendaciones aceptadas internacionalmente la evaluación de todos los pacientes con HBP debe de incluir:

Interrogatorio y anamnesis completa: investigar procesos que puedan alterar la función vesical y comorbilidad que pueda influir en un posible tratamiento quirúrgico.

Análisis rutinario de orina: Principalmente en busca de hematuria microscópica. Descartar u orientar la evaluación hacia procesos como las neoplasias vesicales o las infecciones urinarias asociadas o no a la HBP.



Completar una evaluación personal de los síntomas del paciente aplicando la Escala Internacional de Evaluación de Síntomas Prostáticos IPSS (International Prostatic Symptom Store) e Índice de Calidad de Vida Derivada de los Síntomas Prostáticos (ICV). Clasificar al paciente como: Sintomáticamente Leve: (0 a 7 puntos); Moderado (8 – 19) o Grave (20 – 35), lo que tiene implicaciones en las decisiones terapéuticas. (Ver anexo 9).

Tacto rectal y exploración física: Descartar un componente vesical neurogénico. El tacto rectal realizado por el médico urólogo es el medio diagnóstico más importante. Debe estimarse el tamaño prostático e investigar irregularidades, induraciones o nódulos.

Tomando en cuenta la aversión de los hombres al tacto rectal, este no deberá realizarse en pacientes con historia y sintomatología miccional sugestiva de HBP que vayan a ser referidos y esperar que sea la mano experimentada del médico urólogo quien lo realice y además defina el plan terapéutico a seguir.

Diagnóstico diferencial de la HBP: Deberán considerarse las siguientes entidades:

- ◆ Cáncer de vejiga
- ◆ Litiasis vesical
- ◆ Dolor pélvico crónico
- ◆ Cistitis intersticial
- ◆ Disfunción vesical neurógena
- ◆ Prostatitis
- ◆ Prostatodinia
- ◆ Estenosis uretral
- ◆ Infección urinaria

e) Tratamiento

La decisión de iniciar el tratamiento de un paciente con HBP depende del grado de afectación sintomática o de la presencia de complicaciones. Si no existen complicaciones y la puntuación IPSS es inferior a 8 puntos, puede someterse al paciente a vigilancia clínica o tratamiento médico.

Medidas Higiénico-Dietéticas

- ◆ Evitar demorar la micción. Si conduce, orine cada 2 horas.
- ◆ Evitar los enfriamientos
- ◆ Reducir comidas especiadas y excitantes prostáticos (café, alcohol y picantes)
- ◆ Evitar el estreñimiento

Tratamiento Farmacológico. Se dispone hoy día de fármacos seguros que disminuyen el volumen de la próstata y reducen la obstrucción a la salida de orina desde la vejiga. (Ver anexo 10).

Tratamiento quirúrgico El tratamiento quirúrgico de forma imperativa está indicado ante la presencia de las siguientes complicaciones:

- ◆ Retención urinaria
- ◆ Sonda permanente
- ◆ Cálculos vesicales
- ◆ Insuficiencia renal (hasta 4mg de creatinina)
- ◆ Hematuria macroscópica
- ◆ Índice IPSS arriba de 8.



f) Criterio de derivación

Todos los pacientes con una puntuación de los síntomas IPSS mayor de 8 o con síntomas que denotan complicación del proceso, deberán ser referidos con el urólogo para la realización de otros estudios diagnósticos y establecer un tratamiento adecuado. Deberá enviarse con cada paciente referido la hoja con la puntuación de los síntomas IPSS establecido.

3.17. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

a) Definición

Se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática y consiste en un crecimiento descontrolado de sus células. Esto hace, entre otras cosas, que la próstata, por su situación, presione sobre la vejiga y la uretra impidiendo la salida normal de la orina. En el 70% de los casos el cáncer se detecta en la zona periférica de la próstata. La mayoría de los tumores cancerosos prostáticos crecen muy lentamente, aunque algunos lo hacen de forma rápida, incluso pueden propagarse. Una forma de diseminación es a través de los vasos linfáticos, que luego afecten a los ganglios y de ahí a cualquier zona del cuerpo.

b) Epidemiología

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común, después del cáncer de piel no melanoma, entre los hombres norteamericanos. El 30% de los varones de más de 50 años tiene este tipo de cáncer.

Es la segunda causa de muerte en los hombres, después del cáncer de pulmón y es responsable del 11% de todas las muertes por cáncer, aunque sólo el 20% de los hombres que lo padecen mueren por su causa

En cuanto a los índices de supervivencia, indican que el 92% de los pacientes diagnosticados viven al menos cinco años y el 67%, viven al menos 10 años.



El índice de supervivencia relativo a 10 años cuando el cáncer está localizado es del 80%. El porcentaje de casos que se detectan en estadios iniciales es de un 58%. Estas cifras cambian cuando el cáncer se ha propagado pero, si lo ha hecho sólo localmente, el índice de supervivencia a cinco años será de un 80% y así se detectan un 31% de estos tumores. La peor expectativa viene dada cuando el tumor se descubre tardíamente que es en el 11% de los casos, pues el índice de supervivencia a cinco años desciende al 31%. En nuestro medio el estadio terminal es más frecuente, alcanzando más del 50% de los casos vistos en los hospitales públicos.

Existen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecer esta enfermedad:

FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE PROSTATA

FACTOR	DESCRIPCION
EDAD	La probabilidad aumenta considerablemente a partir de los 50 años. Más del 80% se diagnostica en hombres mayores de 65 años.
RAZA	Es más frecuente en hombres de raza negra, particularmente afro americanos.
NACIONALIDAD	Es más común en América del Norte y en Europa Noroccidental y menos frecuente en Asia, África, América Central y América del Sur.
DIETA	Las grasas parecen tener un papel importante, favoreciéndolo; algunos estudios ponen énfasis en la ingesta pobre en frutas y verduras y no en el hecho de comer grasas.
ALTERACIONES GENÉTICAS	En familias en las que el padre o un hermano han tenido cáncer de próstata, el riesgo en otro miembro está aumentado. En nuestro medio este antecedente se ha encontrado en más del 75% de los casos, por lo que el estudio clínico debe iniciarse a los 35 años de edad.
LA ACTIVIDAD HORMONAL	La testosterona en un principio "dispara" el crecimiento del cáncer, aunque en una fase avanzada, la testosterona consigue detener el crecimiento.

Se recomienda disminuir la ingestión de grasas y elegir muchas comidas de origen vegetal, particularmente tomate. Comer cinco o más raciones de frutas y vegetales diariamente, también es aconsejable la ingestión frecuente de pan, cereales, productos de granos, arroz y pasta e ingerir vitaminas derivadas del Selenio como la vitamina "E".

c) Manifestaciones Clínicas

Los síntomas más frecuentes son similares a los encontrados en la HBP:

- ◆ Necesidad de orinar frecuentemente y, sobre todo, por la noche.
- ◆ Dificultad para comenzar la micción o detenerla.
- ◆ Incapacidad para orinar.
- ◆ Interrupción del flujo de orina o débil.
- ◆ Micción dolorosa o sensación de quemazón.
- ◆ Eyaculación dolorosa.
- ◆ Sangre en orina o semen.
- ◆ Dolor frecuente o sensación de tensión en la parte inferior del abdomen, en caderas o en la parte superior de los muslos.

Aunque cualquiera de estos síntomas puede presentarse con otros problemas urológicos menos serios, es conveniente ante la presencia de ellos, recomendar al paciente la consulta con el médico urólogo.

d) Apoyo Diagnóstico

Aplicar los mismos criterios y procedimientos diagnósticos enunciados para la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP).

Todos los hombres a partir de los 50 años, deberían realizarse anualmente un tacto rectal y una analítica de sangre para detectar un antígeno prostático específico (PSA) ya que está demostrado que el chequeo rutinario sirve para un diagnóstico precoz. Se debe tener especial cuidado con los grupos de alto riesgo, hombres afro americanos, antecedente de familiar muerto por cáncer de próstata, edad elevada, etc.

Las cifras del análisis para determinar la PSA se expresan en nanogramos por mililitro. Por lo general, resultados por debajo de 4ng/ml se consideran normales. Entre 4 y 10ng/ml, son resultados dudosos. Aquellos que están por encima de 10ng/ml se consideran resultados altos y con mayor probabilidad de presentar un cáncer de próstata. Los resultados altos de PSA sólo dan idea de la probabilidad de tener cáncer de próstata, pero no la seguridad de ello. Enfermedades, como la prostatitis o la hiperplasia benigna pueden dar falsos positivos.



e) Tratamiento

El tratamiento específico para un cáncer de próstata diagnosticado por biopsia debe quedar a determinación del cirujano urólogo y el paciente.

f) Criterio de derivación

Aplicar los mismos criterios enunciados para la Hiperplasia Benigna de Próstata.



3.18. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER TESTICULAR

a) Definición

El cáncer testicular es el crecimiento de tumores malignos en los testículos, aunque se trata de una enfermedad poco común, es uno de los principales cánceres entre hombres de 15 a 35 años.

En muchos casos, si no es tratado a tiempo puede resultar fatal; afortunadamente es uno de los cánceres más tratables, siempre y cuando sea detectado en su etapa inicial.

A pesar del impacto psicológico que pueda tener para un hombre la extracción de uno de sus testículos, la operación combinada con el tratamiento y el control periódico aseguran una remisión completa del tumor en cerca del 80 por ciento de los casos.

b) Epidemiología

Hasta hace tres décadas el cáncer de testículo era el responsable del 30 por ciento de las muertes por cáncer en personas de entre 25 y 35 años; actualmente la sobrevida a los cinco años de la extracción del tumor es de más del 90 por ciento, cuando antes era del 64 por ciento.

Estos tumores son de estirpe germinal, esto quiere decir que se desarrollan en células con un alto poder de duplicación. Así, el cáncer testicular se manifiesta en edad temprana, entre los 18 y 40 años aproximadamente. Son muy raros en adultos mayores. Esta capacidad de duplicarse rápidamente es la que los hace tan sensibles a la quimioterapia.

En cuanto a los factores de riesgo, se menciona a los traumatismos frecuentes, los testículos no descendidos (criptorquidia) y los antecedentes familiares de cáncer. Diversos especialistas coinciden en la importancia de operar la criptorquidia en la niñez, como medida preventiva para el tumor testicular.

c) Manifestaciones Clínicas

Los síntomas del cáncer de testículo son la aparición del tumor, el aumento de tamaño del testículo, dolor testicular producido por la torcedura del tumor y a veces, dolor retroperitoneal. El autoexamen de testículo no está muy divulgado, seguramente debido a la baja incidencia del tumor testicular, sin embargo, el mero hecho de higienizarse, brinda al hombre la posibilidad de detectar una dureza y consultar con un médico.



d) Apoyo Diagnóstico

Un simple examen que solo dura 1 ó 2 minutos puede detectar un crecimiento anormal en los testículos en las primeras etapas. Como el cáncer de testículos ocurre más frecuentemente en hombres jóvenes que en mayores, el autoexamen debe comenzar a una edad temprana, y debe realizarse una vez al mes, particularmente cuando existen antecedentes familiares de este tipo de cáncer, si la persona tuvo un tumor previamente o presenta testículos no descendidos.

Cuando no se presentan síntomas o cuando la dureza (por su ubicación o tamaño) no se detecta con la palpación, la ecografía de testículo permite realizar el diagnóstico. La medición en sangre de dos marcadores biológicos, la fetoproteína y la gonadotropina coriónica humana, permiten eliminar dudas sobre el diagnóstico. Estos marcadores tumorales son producidos por algunos tipos de células del testículo enfermo, y son útiles no sólo para confirmar el diagnóstico sino también para realizar el seguimiento luego del tratamiento.

e) Tratamiento

Cuando se establece el diagnóstico el tratamiento común a todos los pacientes es la orquiectomía radical, la cual es una operación ambulatoria y de pronta recuperación. El siguiente paso es analizar el testículo para establecer el tipo de tumor y el estadio en el que se encuentra. El tratamiento específico posterior debe quedar a determinación del especialista y el paciente.

f) Criterio de derivación

Todos los pacientes con una tumoración testicular deben ser referidos al médico urólogo lo más urgente posible.

3.19. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE PENE

a) Definición



El cáncer de pene es una forma de cáncer maligno de crecimiento agresivo y con tendencia a la diseminación. Se desconoce la causa exacta, pero se cree que el esmegma puede incrementar el riesgo. Los hombres sin circuncisión que no mantienen el área por debajo del prepucio limpia, así como los que tienen antecedentes de verrugas genitales o virus del papiloma humano (HPV), están en mayor riesgo de sufrir este extraño trastorno.

b) Epidemiología

El cáncer del pene es poco común en casi todos los países, representando aproximadamente el 1% de los tumores que afectan al hombre. En los Estados Unidos la tasa es menor de 1 por cada 100,000 hombres por año; sin embargo, su incidencia puede aumentar considerablemente en aquellas regiones con elevada tasa de población rural, bajo nivel socioeconómico y con hábitos de higiene muy precarios.

La edad habitual de presentación del cáncer de pene es entre los cuarenta y cincuenta años en las regiones social y económicamente deprimidas y entre los cincuenta y los sesenta años en las demás comunidades. La circuncisión puede disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad, por esa razón a los hombres no circuncidados se les debe enseñar desde muy temprana edad la importancia de la limpieza del área que se encuentra por debajo del prepucio, como parte de su higiene personal. Una buena higiene personal y las prácticas de relaciones sexuales "seguras", como la abstinencia, la limitación de las parejas sexuales y el uso de condones para prevenir la infección por herpes genital, pueden disminuir el riesgo de desarrollo de este tipo de cáncer.

c) Manifestaciones Clínicas

En muchos casos, cuando los hombres afectados buscan al médico, lo hacen cuando el tumor suele tener un año o más de evolución, generalmente por desconocimiento de la gravedad de su trastorno. Los síntomas están relacionados con la aparición de una úlcera o tumoración a nivel del pene que se puede acompañar de sangrado y dolor en las etapas avanzadas.

Comienza como una placa de color rojizo, dura y no produce molestias, posteriormente comienza a crecer como una masa sólida (similar a una verruga). Una complicación frecuente es que se forme una úlcera, la cual puede infectarse y emitir un olor desagradable. En su crecimiento invade los tejidos vecinos, tanto en superficie como en profundidad, pudiendo dificultar la micción por invasión de la uretra.

d) Apoyo Diagnóstico

Deberá realizarse historia clínica y examen físico completo. El examen muestra una lesión no sensible característica cerca de la punta del pene que se puede parecer a un grano o una verruga. Con frecuencia la lesión se encuentra a nivel de la unión de la piel del prepucio y de la semimucosa que recubre al glande. Para el diagnóstico definitivo es necesaria la (extirpación quirúrgica) del tumor y realizar estudio anatomopatológico.

e) Tratamiento

El tratamiento del cáncer del pene varía dependiendo de la localización y el grado de compromiso del tumor. El pronóstico puede ser bueno con un diagnóstico y tratamiento oportunos y el índice de supervivencia a 5 años es del 65%. Las funciones urinaria y sexual con frecuencia pueden mantenerse, incluso después de la extirpación de una porción significativa del pene.

f) Criterio de derivación

Todos los pacientes con una tumoración en el pene deben ser referidos al médico urólogo para establecer el diagnóstico y definir el tratamiento a seguir.



4. GLOSARIO



- CCMM:** Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.
- CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
- Calidad de vida:** Entendida aquí desde el punto de vista económico, social y político.
- Cualidad de vida:** Entendida aquí como los caracteres personales que influyen en la salud (autoestima, sociabilidad).
- EPIA:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria Aguda.
- Homofobia:** Miedo o temor a los hombres homosexuales.
- HBP:** Hiperplasia Benigna de Próstata.
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- ITR:** Infecciones del Tracto Reproductivo.
- IM:** Intramuscular.
- IV:** Intravenosa.
- IVPH:** Infección por Virus del Papiloma Humano.
- IPSS:** International Prostatic Symptom Store.
- ICV:** Índice de Calidad de Vida Derivada de los Síntomas Prostáticos.
- Kg:** Kilogramo.
- Mgs:** Miligramos.
- MSPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- OPS:** Organización para la Salud
- PSA:** Conocido como antígeno prostático específico, es una proteína liberada por las células prostáticas que aumenta con la presencia de cáncer.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

UI: Unidades Internacionales

VO: Vía oral.

VIH: Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.



5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ◆ **Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS).** (1998). Enfermedades Sexualmente Transmisibles. Normas de Atención. San Salvador, El Salvador.
- ◆ **Atlas de Urología.** www.uroatlas.net
- ◆ **Asociación Española para la Salud Sexual (AESS).** www.salud-sexual.org
- ◆ **Al-Garaia, Sociedad de Sexología.** España. www.informaciónsexual.com
- ◆ **Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP).** www.familydoctor.org
- ◆ **ACCI-Proequidad/GTZ** (Agencia Colombiana de Cooperación Internacional/GTZ) (2000). Igualdad de género en la cooperación para el desarrollo. Recomendaciones de los donantes para los proyectos. Colombia.
- ◆ **Batthyany, Karina.** (1999). El análisis de las relaciones sociales de género en los proyectos de investigación. Apuntes teóricos y prácticos. Montevideo, Uruguay. <http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/batthyany.doc>.
- ◆ **Cerruti Basso, Stella** (1993), "Salud y sexualidad desde una perspectiva de género", en E. Gómez (ed) Género, mujer, y salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, pp. 124-129.
- ◆ **Engender Health.** (2002). Introducción a los Servicios de Salud Reproductiva de los Hombres. New York, Estados Unidos de América.
- ◆ **Family Care Internacional** (2000). Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. New York, Estados Unidos de América.
- ◆ **Gómez, Elsa (2001).** EQUIDAD, GÉNERO Y SALUD. La visión de la Organización Panamericana de la Salud. México D.F.
- ◆ **Instituto PROMUNDO** y Colaboradores (2001). Serie Trabajando con Hombres Jóvenes. Manual 1. Sexualidad y Salud Reproductiva. Río de Janeiro, Brasil.



- ◆ **Lamas, Marta.** Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. La Ventana. Revista de Estudios de Género. <http://www2.udg.mx/laventana/libri/presen.html>
- ◆ **MSPAS (1999).** Manual Técnico de Salud Reproductiva. San Salvador, El Salvador.
- ◆ **MSPAS (2002).** Infecciones de Transmisión Sexual. Normas y Procedimientos de Atención. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH-SIDA. El Salvador.
- ◆ **MSPAS (2002).** Modelo Nacional de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino. San Salvador, El Salvador.
- ◆ **MSPAS (2004).** Norma de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino. San Salvador, El Salvador.
- ◆ **OPS/OMS (2000).** Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Publicación ocasional No. 4.
- ◆ **OPS/GTZ/UNFPA (2004).** Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en Centroamérica. Investigación. San Salvador, El Salvador.
- ◆ **Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).** www.siicsalud.com
- ◆ **UNFPA.** Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva. Vínculos a lo largo del ciclo de vida. En Curso de Derechos Humanos y Reforma en Salud desde una Perspectiva de Género. San Salvador, El Salvador. Octubre 2003.
- ◆ **UNFPA (1999).** Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Atención Primaria de la Salud. VII Seminario Internacional sobre Atención Primaria de Salud. La Habana, Cuba.



ANEXOS

6. ANEXOS

ANEXO 1

GUIA PARA LA CONSEJERÍA EN ITS

Para la realización de la consejería se puede utilizar el acrónimo ACCEDA, el cual contiene lo siguiente:

A ATENDER

Espacio para crear un ambiente de confianza y empatía.

- Ofrecer la consejería en un lugar cómodo que garantice un ambiente reservado y confidencial.
- Prestar toda la atención a la persona.
- Dar prioridad a las necesidades particulares de la persona.
- Respetar, independientemente de la condición socio-económica, estado civil, edad, orientación sexual y nivel educativo de la persona que recibe la consejería.
- Nunca hacer comentarios críticos.
- Manifestarle la garantía de la confidencialidad de la información.

C CONOCER/EVALUAR

Espacio para conocer y evaluar las necesidades y conocimientos de las personas.

Considerar dos aspectos importantes:

1. Escuchar activamente: sentarse cómodamente evitando hacer movimientos que distraigan a la persona, mirarla directamente, guardar silencio por momentos, darle tiempo de reflexionar, seguir el ritmo de la conversación, observe su tono de voz, el lenguaje, gesto y expresiones faciales. Repita de vez en cuando lo que ha oído y pregúntele si lo está expresando correctamente.
2. Hacer preguntas eficaces: puede utilizarse diversos tipos de preguntas (abiertas, cerradas y sondeo). Con las personas que padecen una ITS, podría interesar conocer:
 - Datos generales.
 - Exploración del conocimiento sobre la ITS que presenta.
 - Antecedentes de otra ITS.
 - Evaluación de la percepción del riesgo.
 - Exploración de la conducta sexual del cliente o su pareja.
 - Exploración sobre su situación con su pareja.

- Exploración sobre el uso de un método anticonceptivo.
- Exploración sobre sus necesidades y sentimientos en relación a la ITS.

C COMUNICACIÓN

En base a lo que se ha conocido y evaluado, se le brindará toda la información en forma clara y exacta acerca de las ITS: que es la enfermedad, como se transmite, síntomas, tratamiento y seguimiento.

E ENCAMINAR

Es ayudar a la persona a que analice todo lo discutido acerca de las ITS para que visualice y perciba la situación en que se encuentra y planea que hará en su conducta sexual y en el tratamiento prescrito. Es decir, ayudar a poner en claro sus pensamientos, opiniones y conocimientos, para que lo aplique a su circunstancia.

D DEMOSTRAR

Se reflexionará acerca de la repercusión de las ITS en la salud reproductiva, se evaluará la negociación con su pareja o contactos sexuales para que acuda a su tratamiento y se demostrará el uso correcto del condón como método profiláctico y anticonceptivo.

A ACORDAR

Se reflexionará sobre la importancia de las diferentes fases o necesidades que su tratamiento implica y acordar el compromiso de no interrumpir su asistencia a los controles necesarios.

Es importante hacer notar que es indispensable para realizar una consejería, la utilización correcta o adecuada de materiales educativos, tales como: rotafolio, folletos, muestra de métodos, etc. Así mismo, no considerar que estos materiales (folletos) sustituirán la comunicación completa acerca de las ITS.

ANEXO 2

DEMOSTRACIÓN DEL USO DE CONDONES

Primero se debe demostrar el uso correcto del condón y después se debe pedir al paciente que practique el método, ayudándole para que lo haga como corresponde. Para ello debe contar con varios condones y un modelo de pene p algo que le sirva para representarlo.

En su demostración al paciente debe:

- Recalcarle la importancia de tener condones siempre a mano;
- Mostrarle la fecha de vencimiento o de fabricación y explicarle que los condones no deben estar pasados de esa fecha, tener mal olor, sentirse pegajosos o desenrollarse con dificultad;
- Explicarle como abrir un paquete con cuidado y por donde se indica;
- Mostrarle el lado del condón que debe ir sobre el pene y explicarle que no es posible desenrollarlo si se usa al revés; mostrarle como tomar la punta del condón para sacarle el aire antes de desenrollarlo hasta la base del pene erecto.
- Hace hincapié en que es necesario desenrollar el condón hasta la base del pene.
- Explicarle que el condón se debe sacar en el momento en que el pene comienza a perder su erección, y que la persona lo debe sujetar desde la base con todo cuidado y deslizarlo hacia fuera lentamente;
- Explicarle que para deshacerse del condón, la persona debe amarrarlo en su apertura y botarlo en un lugar apropiado;

También es necesario advertirle al paciente que:

- No debe usar aceite o lubricante con bases de aceite, como la vaselina, porque los condones de látex se dañan. Los lubricantes con base de agua como la glicerina, la vaselina sin base aceitosa y la mayoría de las espumas espermicidas, no dañan los condones;
- Los condones deben ocuparse solo una vez y desecharse. No deben usarse por segunda vez.

ANEXO 3

SUBGRUPOS EVOLUTIVOS Y MANIFESTACIONES DEL SIDA

SUBGRUPOS EVOLUTIVOS	MANIFESTACIONES
<p>Subgrupo A: Enfermedad Constitucional: Se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas y signos, siempre que no exista otro proceso diferente a la infección por el VIH que pueda justificarlo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Perdida involuntaria de peso superior al 10% del peso habitual. – Fiebre documentada, intermitente o constante por más de un mes. – Diarrea persistente por más de un mes (definida como tres o más evacuaciones líquidas al día).
<p>Subgrupo B: Enfermedad Neurológica: Se caracteriza por uno o más de los siguientes hallazgos, en ausencia de otra enfermedad que los explique:</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Demencia asociada con el SIDA. – Meningoencefalitis Aguda Aséptica. – Trastornos del Sistema Nervioso Periférico.
<p>Subgrupo C: Enfermedades Infecciosas Secundarias: Este grupo se divide en:</p>	
<p>Categoría C-1: Incluye pacientes diagnosticados de una de las siguientes enfermedades infecciosas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Neumonía por Neumocistis Carini. – Criptococosis. – Criptosporidiasis. – Toxoplasmosis – Estrongiloidiasis extraintestinal. – Isosporidiasis. – Moniliasis bucofaringea, bronquial o pulmonar. – Histoplasmosis – Enfermedad Diseminada por Micobacterias, Citomegalovirus, Herpes Simple. – Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva.

CONTINUACIÓN...

SUBGRUPOS EVOLUTIVOS	MANIFESTACIONES
<p>Categoría C-2: Incluye pacientes que presentan alguna de las siguientes enfermedades:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leucoplaquia Velloso Oral. • Herpes Zoster que abarca varios dermatomas. • Bacteremia Recurrente por Salmonella. • Nocardiosis. • Tuberculosis extrapulmonar y Moniliasis Oral.
<p>Subgrupo D: Neoplasias Secundarias: Se incluye a los pacientes diagnosticados con:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoma de Kaposi • Linfoma Cerebral Primario. • Linfoma no Hodgkin (de células pequeñas con núcleo no hendido)
<p>Subgrupo E: Otras Condiciones: Incluye pacientes con:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonitis intersticial linfoide. • Síntomas y signos constitucionales en el Subgrupo A. • Enfermedades infecciosas no descritas en el Subgrupo C y que pueden ser atribuidas directamente a la infección por VIH.

ANEXO 4

SINDROME CLINICO Y DIAGNOSTICO DE SIDA

TIPOS	DESCRIPCION
<p>Síndrome Febril:</p> <p>El estudio de la fiebre en el paciente infectado por el VIH resulta difícil, debido a que la elevación térmica puede deberse a infecciones, tumores, medicamentos o monocinas (interleucinas-1 liberadas por monolitos macrófagos).</p>	<p>Síndrome Respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% de los pacientes infectados por el VIH cursan con esta sintomatología. • Representa el cuadro inicial en el 50% a 80% de los casos. • Las manifestaciones más comunes son: tos seca o productiva y disnea aguda, subaguda o crónica. • Las principales causas pueden ser infecciosas o neoplásicas.
<p>Síndrome Digestivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% a 90% de los pacientes infectados por VIH desarrollan manifestaciones digestivas. • Problema clínico inicial en el 80% de los casos. 	<p>Los síndromes digestivos más comunes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oral: Moniliasis, Abscesos, Leucoplaquia pilosa y Sarcoma de Kaposi. 2. Esofágico: Disfagia y odinofagia. 3. Entérico: Diarrea de intensidad variable que puede ser severa. 4. Rectal: Consisten en lesiones ulcerativas focales o difusas muy dolorosas, fistulas, linfadenopatía inguinal y proctitis. 5. Entero-rectal: Diarrea, pujo y tenesmo, pueden ser agudos, subagudos y crónicos. 6. Perianal: Lesiones que pueden ser únicas o múltiples y constar de vesículas, úlceras o fistulas.
<p>Síndrome Neurológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afectan entre 30% a 70% de los pacientes infectados por el VIH en forma severa. • Constituyen la sintomatología inicial en el 10% a 20% de los casos. • Puede aparecer en cualquier momento de la infección del VIH, aunque son más comunes en la etapa de SIDA. • Son debidas tanto al efecto del VIH sobre el sistema nervioso como a las infecciones secundarias y a las neoplasias. 	<p>Las complicaciones más comunes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demencia asociada con el SIDA 2. Meningitis 3. Cuadro cráneo-hipertensivo 4. Desmielinización 5. Retinopatía 6. Mielopatía y Neuropatía periférica.

CONTINUACION...

TIPOS	DESCRIPCION
<p>Síndrome Dermatológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los problemas dermatológicos pueden ser: infecciosos, neoplásicos, nutricionales, reactivos a medicamentos o específicos de la infección por el VIH. • Las infecciones virales mas comunes son: Herpes Simple (genital, perianal u oral), Herpes Zoster, Molusco contagioso, Condiloma acuminado (perianal) y citomegalovirus. • Las infecciones micóticas más comunes en la piel son Moniliasis (perioral, intertriginosa y ungueal), criptococcosis e histoplasmosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las parasitosis sobresalen la escabiosis y la pediculosis púbica. • Las infecciones bacterianas son más frecuentes en niños(as) y se presentan como impétigo, foliculitis, celulitis, erisipela, forunculosis y abscesos. • El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más común en la piel y las mucosas y las lesiones iniciales consisten en pápulas muy pequeñas de color rojo-violáceo que evolucionan a nódulos y lesiones que siguen las líneas de tensión de la piel. • Los trastornos cutáneos debido a desnutrición pueden ser queilitis, lengua lisa, cambios pelagroides, hipopigmentación cutánea y capilar, así como uñas quebradizas, foliculitis eosinofílica.
<p>Síndrome Neoplásico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30% de los individuos infectados por el VIH cursan con Sarcoma de Kaposi. Con menos frecuencia, se observa el linfoma del cerebro o linfoma sistémico de alto grado de malignidad.

ANEXO 5

**VALORES DE REFERENCIA DEL ESPERMOGRAMA
Y EYACULADO NORMAL (OMS 2001)**

PARAMETRO	VALOR SUGERIDO
Volumen	2.0 ml
P H	7.2-8.0
Concentración	20 millones de espermatozoides
No. Total de esperma por muestra	40 millones de espermatozoides
Motilidad	50% movilidad absoluta 25% con movilidad G III
Morfología	50% morfología normal
Vitalidad	60% células normales
Leucocitos	1 millón
Test inmunobead	< 50% de espermatozoides con partículas adheridas
Test mar	< 50% de espermatozoides con partículas adheridas
Zinc	2.4 micromoles/eyaculado
Acido cítrico	2.5 micromoles/eyaculado
Fructuosa	13 micromoles/eyaculado

ANEXO 6

**ESCALA INTERNACIONAL DE EVALUACION DE SINTOMAS PROSTATICOS
(E.I.E.S.P.) IPSS**

NOMBRE DEL MEDICO: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____

Para cada pregunta encierre en un círculo el número que mejor describa su situación:

	Ninguna	Menos de 1 en 5	Menos de la mitad de las veces	Casi la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de la última vez que orinó?	0	1	2	3	4	5
3. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha notado que empezando a orinar el chorro se detiene y vuelve a empezar?	0	1	2	3	4	5
4. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantar las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha notado que orina sin fuerza?	0	1	2	3	4	5
6. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que levantarse a orinar entre la hora de acostarse y la hora de levantarse?	Ninguna 0	1 vez 1	2 veces 2	3 veces 3	4 veces 4	5 veces 5

Puntuación total síntomas prostáticos: IPSS = _____ (0 a 35) (Suma de los números circulos para las 7 preguntas)

IPSS: Internacional Prostate Symptom Score
- 35

Calificación final de IPSS

Leve = 0 – 7 Moderado = 8 – 19 Severo = 20

CALIDAD DE VIDA DERIVADA DE LOS SINTOMAS URINARIOS

	Encantado	Complacido	Más bien satisfecho	Más o menos	Más bien insatisfecho	Descontento	Terrible
Si usted tuviera que vivir toda la vida orinando en la forma que lo hace hasta ahora ¿Cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación del Índice de calidad de Vida = _____

ANEXO 7

MODALIDADES DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA HPB

TRATAMIENTO	DESCRIPCION
<p>1. Fitoterapia</p>	<p>Consiste en la ingestión prolongada de extractos vegetales de distintas plantas como la <i>Serenoa Repens</i>, el <i>Pygeum Africanum</i>, la <i>Hipoxis Rooperi</i>, la <i>Urtica dioica</i> o la <i>Secale cereale</i>, sus efectos clinicos son variables y parece que están en relación con componentes tipo fitosteroles. Efectos antiandrogénicos, estrogénicos, inhibición de la 5-alfa-reductasa, bloqueo de los receptores alfa, antiinflamatorio, antiedema, inhibición de la proliferación de los fibroblastos, interferencia con el metabolismo de las prostaglandinas o protección o refuerzo del detrusor. Uno de los productos comerciales más utilizados es el Permixon 160 mgr cada día por 3 meses.</p>
<p>2. Inhibidores de la 5-alfa-reductasa</p>	<p>Inhiben la transformación de la testosterona en DHT y alteran la apoptosis de las células prostáticas. Tras la disminución de los niveles plasmáticos de DHT, aparece una disminución del volumen prostático y secundariamente una mejoría de los síntomas.</p> <p>Los agentes disponibles en la actualidad son el Finasteride con efecto bloqueante en receptores tipo II de la 5-alfa- reductasa, y recientemente el Dutasteride que tiene efecto sobre los receptores tipo I y II.</p> <p>Requieren varios meses de uso para iniciar sus efectos, han demostrado que al disminuir el tamaño de la glándula pueden alterar la historia natural del proceso, disminuyendo la frecuencia de indicaciones quirúrgicas y previniendo la aparición de retención urinaria aguda. También se ha sugerido un papel beneficioso en la quimioprevención del cáncer prostático, indicándolas en presencia de lesiones premalignas. Se recomienda en pacientes con próstata mayor de 50 grs y pacientes que no son candidatos a tratamiento quirúrgico.</p>
<p>3. Alfa-bloqueantes</p>	<p>Como mucha de la sintomatología de la HBP se debe a un tono muscular liso de cuello vesical, uretra y estroma prostático, debido a la acción de receptores alfa-1, subtipo alfa1-a (muy selectivo del aparato urinario). Estos agentes, mediante la relajación de las fibras musculares lisas implicadas, consiguen mejoras subjetivas y objetivas de la sintomatología, de una manera rápida y durante la duración de los niveles del fármaco en el organismo.</p> <p>Entre sus efectos secundarios destacan la tendencia a la hipotensión y en algunos casos la eyaculación retrógrada. Los fármacos más empleados son:</p> <p>De acción corta como prazosin o indoramina De acción prolongada como terazosina, doxazosina o alfuzosina Selectivos alfa-1-a como la tamsulosina</p>

